

Handbuch Psychotherapie, Psychopathologie und Psychiatrie

Psychotherapeutische Grundlagen für Therapeuten, Heilpraktiker, Heilpraktiker Psychotherapie, Ärzte, Coaches, psychologische Berater und Psychotherapie-Interessierte

Redaktionelle Leitung:
Gabriele Rengel-Schneider,
Herausgeber:
Jan-Henrik Günter, TherMedius®-Institut



Stand: 23.10.2013

VORWORT

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

herzlich willkommen zum TherMedius® **Handbuch Psychotherapie, Psychopathologie und Psychiatrie** (kurz: „Handbuch Psychotherapie“) des TherMedius® Instituts für therapeutische Aus- und Weiterbildungen.

Es handelt sich hierbei um ein **kostenloses psychotherapeutisches Grundlagenwerk**, das wir unseren Seminar-Absolventen, wie auch interessierten Kollegen, Branchen-Einsteigern oder Interessierten am Thema Psychotherapie zur Verfügung stellen möchten, um die wichtigsten psychotherapeutische Grundlagen unkompliziert verfügbar zu machen.

Dieses Handbuch deckt die **wichtigsten psychotherapeutischen und psychiatrischen Grundlagen**, die bspw. bei Zulassungsprüfungen wie der zum **Heilpraktiker für Psychotherapie** oder der Prüfung zum Facharzt für Psychotherapie bzw. Facharzt für Psychiatrie beherrscht werden müssen sehr umfassend ab und bemüht sich dabei dennoch ein „Kompakt-Werk“ zu bleiben, das sich auf das Wesentliche konzentriert, sodass es sich als ergänzende Literatur zur Prüfungsvorbereitung, aber auch als Basis für eine erste Begegnung mit dem Thema Psychotherapie und natürlich als Nachschlagewerk für die Praxis eignet.

Hier einige Beispiele, in welchem Rahmen das Handbuch Psychotherapie von TherMedius® verwendet werden kann:

- als **Unterstützung bei der Prüfungsvorbereitung** für die Prüfung zum Heilpraktiker für Psychotherapie oder zum Facharzt für Psychiatrie bzw. Psychotherapie
- zum **Auffrischen psychotherapeutischer Kenntnisse** für praktizierende Behandler
- als fundierter **Einstieg in die Materie** für bisher noch nicht psychotherapeutisch / psychiatrisch ausgebildete Berater und Coaches
- als **Nachschlagewert in der Praxis** oder (dank seiner Verfügbarkeit als PDF) auf **mobilen Endgeräten**
- Als Möglichkeit zum „Hineinschnuppern“ für Interessierte am Thema Psychotherapie

Wir wünschen Ihnen eine interessante Lektüre und freuen uns über ein Feedback oder einen Besuch auf unserer Seite www.hypnoseausbildung-seminar.de

PS: Noch ein Wort zum Sprachgebrauch in diesem Buch. Wir verwenden der besseren Lesbarkeit halber die männliche Schreibweise. Die Angaben im Text beziehen sich jedoch stets auf Angehörige beider Geschlechter.

INHALT

Kapitel 1:

Einführung

Definition von Psychotherapie

Die Psychotherapie ist ein sehr weiter Sektor, der sich aus vielen verschiedenen Strömungen zusammensetzt

Der Begriff „**Psychotherapie“** stammt von den griechischen Begriffen psyché und therapeúein ab und kann grob mit „für die Seele sorgen“ übersetzt werden. Das klingt im ersten Moment überschaubar. Doch im Endeffekt steht dieser Begriff für eine Vielzahl psychologischer Richtungen, deren Grundphilosophien und Therapieformen.

Zumindest haben sie alle ein gemeinsames Ziel: psychische Erkrankungen, Leiden oder Störungen durch Gespräch oder verschiedene übende Verfahren zu heilen.

Eingeteilt werden die einzelnen Richtungen grob in:

- analytisch (Psychotherapie, Individualpsychologie, analytische Psychologie, Gruppenpsychoanalyse)
- tiefenpsychologisch (dynamische Gruppenpsychotherapie, Hypnosetherapie etc.)
- humanistisch (Gesprächspsychotherapie, Gestalttherapie, Psychodrama etc.)
- behavioristisch
- kognitiv
- systemisch
- kunstorientiert
- körperorientiert (bioenergetische Analyse, Biosynthese etc.)
- kombinatorisch (Integrative Therapie, NLP etc.)

Wichtig: Die Ausübung von Psychotherapie ist streng geregelt. So sind hier in Deutschland nur psychologische und ärztliche Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendtherapeuten zu dieser Tätigkeit berechtigt – in beschränktem Maße zudem Heilpraktiker und Heilpraktiker (Psychotherapie). Psychologische Berater, Lebensberater oder Coaches besitzen in der Regel keine Heilerlaubnis und dürfen somit auch nicht therapeutisch tätig werden.

Kapitel 2:

Grundlagen

2.1 Was bedeutet „psychisch krank“?

Verbreitung von psychischen Erkrankungen, Angst vor Stigmatisierung

Psychisch krank? Darf das sein? Oftmals hört man in seiner täglichen Praxis als Therapeut Sätze wie: „Ich habe keine psychische Krankheit. Ich bin doch nicht verrückt. Ich bin halt nur gestresst.“ Immer noch herrschen große Ängste und Verunsicherungen. Besonders die Furcht vor einer möglichen Stigmatisierung lässt Klienten tiefer gehende Problematiken oftmals verleugnen. Doch zwei Dinge sollte man sich selbst (und – sehr sensibel – den Klienten) immer vergegenwärtigen: Erstens sind psychische Erkrankungen nicht selten (Manche Studien sprechen davon, dass ca. 28 Prozent der europäischen Bevölkerung an einer psychischen Krankheit leiden.[1]), zweitens lässt man sich ja auch wegen einer Grippe behandeln ohne sich zu schämen – warum also nicht auch wegen – zum Beispiel – einer Depression.

Grundsätzlich definiert man eine psychische Erkrankung als eine deutliche Abweichung des **Erlebens** und des **Verhaltens** von der Norm. Betroffen sind dabei Bereiche des Handelns, Denkens und Fühlens. Als die häufigsten Erkrankungsformen gelten dabei momentan Angststörungen, Schlafstörungen, Depressionen, psychosomatische Erkrankungen, Drogen- und Alkohol-Abhängigkeit, Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitäts-Störungen (besonders bei Kindern) sowie Demenzen. Letztere Erkrankungen werden aufgrund des demografischen Wandels vermutlich in Zukunft noch zunehmen.

Schwierigkeit bei der Diagnostik psychischer Erkrankungen liefert häufig die Abgrenzung zur oben genannten „Norm“, da diese von sozialem Umfeld zu sozialem Umfeld unterschiedlich sein kann. Ebenso ist das Leidensempfinden von Mensch zu Mensch – und auch von Epoche zu Epoche – unterschiedlich. Während Formen der „Melancholie“ im 19. Jahrhundert teilweise als ein Lebensstil galten, ist der Leidensdruck bei einer Depression in der heutigen Gesellschaft teilweise enorm. Sie passt einfach nicht in eine Leistungsgesellschaft wie der unseren und wird daher auch beispielsweise häufig (nicht ganz richtig) als ein eher akzeptierter Burn-out betitelt (ein Unterschied, neben anderen, zwischen „Burn-out“ und „Depression“ liegt übrigens zum größten Teil darin, dass Ersterer Kontext-bezogen ist, während dieser bei einer Depression fehlt.). Trotzdem kann man einige objektive Maßstäbe anlegen, um bestimmte psychische Erkrankungen zu definieren. Grundlage kann hier zum Beispiel das ICD-10 sein, auf das wir in Folge eingehen.

Ein wichtiger Faktor ist natürlich auch, inwieweit sich ein Klient der diagnostizierenden Person gegenüber öffnet. Förderlich ist hier daher immer ein gewisses Vertrauensverhältnis. Je mehr der Patient von sich ehrlich preisgibt, umso genauer können Diagnostik und Behandlungsplan sein.

Mittlerweile sind psychische Erkrankungen übrigens entweder durch Psychotherapien, Psychopharmaka oder deren

1 Siehe auch: http://tu-dresden.de/aktuelles/newsarchiv/2011/9/artikel_wittchen/newsarticle_view

Kombination häufig gut behandelbar. Bei schwereren Erkrankungen ist zudem oftmals eine Soziotherapie (als mögliche Kombination von Arbeits-/Beschäftigungstherapie, Sozialarbeit und Milieugestaltung, bzw. -therapie) anzuraten. Auch darauf werden wir in Folge noch einmal genauer eingehen. Das war nicht immer so. Vor allem, da man in der Geschichte zum Teil doch ganz andere Ursachen vermutete als heute – und sie dementsprechend auch anders behandelte.

2.2 Kleiner historischer Abriss und ein Blick in die Zukunft

Psychotherapie, wie wir sie heute kennen, ist deutlich jünger, als man glauben mag. Zwar existiert schon seit Menschengedenken die Idee einer Seele, jedoch gestaltete sich die Erforschung der Gründe von psychischen Störungen und deren Behandlung lange Zeit in vielen Kulturen und Epochen doch deutlich anders gegenüber heute. „Merkwürdiges“ Verhalten wurde in der Frühzeit der Menschheit (und auch noch später) oftmals als Besessenheitszustand oder als Folge von Flüchen gesehen. So waren deren Behandler zumeist Schamanen oder Priester. „Dämonen“ wurden von ihnen wortreich ausgetrieben, es wurden Wirkstoffe verabreicht oder chirurgische Eingriffe vorgenommen, um diese aus dem Körper zu entfernen.

Der griechische Arzt Hippokrates beschrieb ca. 400 vor Christus zum ersten Mal Krankheitsbilder wie Depression, Delirien oder Wahnvorstellungen. Er sah als deren Ursache ein Ungleichgewicht der Körperflüssigkeiten – eine Theorie, die sich Jahrhunderte halten sollte.

Im sogenannten „finsteren“ Mittelalter machte die Wissenschaft zwar einige Rückschritte gegenüber der Antike, jedoch wurden auch hier weiterhin seelische Krankheiten thematisiert und weiterführende Theorien über deren Ursachen aufgestellt. Im Zentrum stand in dieser Zeit vor allem die Viersäftelehre, die zum Beispiel durch Hildegard von Bingen bei „Stimmungsstörungen“ Anwendung fand. Sie wurde in der Antike bereits von Hippokrates (s. o.) ins Spiel gebracht, von dem römischen Arzt Galenus im 2. Jahrhundert nach Christus ausgearbeitet und im Mittelalter übernommen. Diese Theorie besagt, dass der Mensch aus vier Säften besteht: Schleim, Blut, Galle und schwarze Galle. Diese Säfte sollten im Gleichgewicht (Eukrasie) sein. Wenn dem nicht so ist, so sei der betroffene Mensch krank. Zur Heilung wurden somit Mittel und Methoden gesucht, die das Ungleichgewicht beheben sollten. Die Viersäftelehre fand bis ins späte 17. Jahrhundert Anwendung.

Weiterhin wurden „Hysterie“, Wahnvorstellungen etc. mit Exorzismen behandelt, da, wie ja auch in der Vergangenheit, die Besessenheit durch Dämonen oder böse Geister, gar durch den Satan persönlich, als Ursache gesehen wurden. Gelegentlich wurden auch Operationen, zum Beispiel zur Entfernung eines „Wahnsinnssteins“, durchgeführt. Bemerkenswert ist, dass es bereits ab dem frühen Mittelalter erste Spitäler – in Anbindung an Klöster – entstanden, die Menschen mit starken psychischen Erkrankungen auf Basis des Prinzips der Nächstenliebe aufnahmen. Die

Zustände waren aus heutiger Sicht menschenunwürdig, da die Insassen teilweisen an Ketten lagen oder in Käfige gesperrt wurden, hier entstanden jedoch bereits erste Grundlagen der Psychotherapie in Form von Erzählungen, Sprechgesängen, Segenstexten, metaphorischen Konstruktionen oder Heilsgebeten, die zur Entspannung der Patienten beitrugen.

Im späten 18. Jahrhundert nun erlebte die Psychotherapie mit den Arbeiten des französischen Arztes Philippe Pinel einen Aufschwung. Pinel begründete mit seinen Schülern eine neue Tradition im Umgang mit Patienten, die psychisch erkrankt waren. Sie gingen davon aus, dass sich in jedem Menschen heilende Kräfte und eine Freiheit fänden, die es nur galt zu stabilisieren. Im Zentrum ihrer Behandlung standen Zuwendung, Milde und Geduld. Außerdem verband er als Erster das hippokratische mit einem analytischen Denken. Trotzdem wandte auch er rigide Maßnahmen, wie Hungerkuren, Eintauchen in kaltes Wasser oder Drehstuhlbehandlungen an.

Im 19. Jahrhundert ging dann plötzlich alles sehr schnell: 1879 gründete Wilhelm Wundt das erste psychologische Laboratorium zur Erforschung der menschlichen Seele und gilt dadurch als Vater der modernen Psychologie. Ein Jahr später entwickelte der Psychiater Dr. Josef Breuer eine „Redekur". Eine Sensation in der damaligen Zeit, die Sigmund Freud 1900 als Basis für die Entwicklung seiner Psychoanalyse annahm. Im selben Jahr führte Iwan Petrowitsch Pawlow seine berühmten Versuche mit Hunden durch und legte so den Grundstein für die Verhaltenstherapie. 1907 brachte Karl Bühler die Theorie der Wahrnehmung ein – und baute die Basis für die Gestalttherapie. In den folgenden Jahren erscheinen so berühmte Psychotherapeuten wie Max Wertheimer, Alfred Adler, C. G. Jung, B. F. Skinner, Anna Freud, Reinhard und Annemarie Tausch, Carl Rogers und viele mehr. Es entstanden unterschiedlichste psychotherapeutische Richtungen, die in den 1980er Jahren erstmals kombiniert wurden, so zum Beispiel bei der Entwicklung von NLP (NeuroLinguistisches Programmieren). Aktuell rücken zudem Methoden in den Vordergrund, die asiatische Traditionen einbinden und Klienten in ihren emotionalen und körperlichen Reaktionen stärken wollen – so zum Beispiel mit Achtsamkeitsübungen. Im weiteren Verlauf des Buchs werden wir auf die unterschiedlichen Richtungen noch näher eingehen.

2.3 Systematiken: Triadisches System, ICD-10 und DSM-V

Psychische Erkrankungen systematisch einzuteilen gestaltete und gestaltet sich manchmal nicht so einfach. Denn zum einen sind Ursachen psychischer Krankheiten nicht immer klar und auch ihre Symptome und Syndrome nicht immer eindeutig. Nichtsdestotrotz ist es nicht nur hilfreich, sondern auch zwingend notwendig, zur Orientierung und Diagnose nach Systematiken arbeiten zu können. Entsprechend haben sich in der Vergangenheit verschiedene Systeme entwickelt.

2.3.1 Das triadische System

Das triadische System wurde ab dem Anfang des 20. Jahrhunderts entwickelt und basiert auf Überlegungen des deutschen Psychiaters Emil Kraeplin. Diese Systematik orientiert sich an der vermuteten Ursache psychologischer Störungen und ist hilfreich, wenn man sich dem Thema Psychotherapie annähert.

Das triadische System unterteilt psychische Erkrankungen in drei Bereiche:

- **Organischen Psychosen** liegen klar definierte körperliche Erkrankungen zugrunde (zum Beispiel ein Hirntumor). Organische Psychosen sind zum Beispiel Demenz oder ein Delir. Sie unterteilen sich in akute organische Psychosen, die in der Regel voll reversibel sind und sich meist durch Bewusstseinsstörungen äußern sowie chronische organische Psychosen, die irreversible Wesensveränderungen und Demenz zur Folge haben können.
- **Endogene Psychosen** bezeichnen Schizophrenien und affektive Erkrankungen, die weder körperliche noch psychogene Ursachen haben. Organische Ursachen sind nur teilweise bekannt.
- **Psychogene Störungen** haben einen rein psychischen Ursprung und beinhalten Persönlichkeitsstörungen, Angst- und Zwangsstörungen, Konversionen und dissoziative Störungen, Belastungs- und Anpassungsstörungen sowie Persönlichkeitsstörungen.

Mittlerweile wird dieses System nicht mehr offiziell angewandt, da einige bisher den psychogenen Störungen zugeordneten Erkrankungen durchaus auch körperliche Ursachen zugrunde liegen können, gleichzeitig auch scheinbar körperlich begründbare Erkrankungen durch äußere Umstände beeinflusst werden können. Abgelöst wurde das triadische System von dem DSM-V und dem ICD-10.

2.3.2 Das ICD-10 und das DSM-V

Die modernen Klassifikationen wie das ICD-10 der WHO oder das DSM-V der American Psychiatric Association – vielfach kritisiert, aber im therapeutischen Alltag zur Vereinheitlichung unabdingbar – versuchen nun, Krankheitsbilder möglichst genau in ihrer Symptomatik, ihrem Schweregrad, ihrem Verlauf etc. zu beschreiben und gehen im Gegensatz zum triadischen System von keinen Vorannahmen zu Ursachen aus.

Das ICD-10

Das ICD-10 („**International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems**") ist nicht nur in Deutschland DAS zentrale Diagnose-Klassifikationssystem. Seine Verwendung ist per § 295 Absatz 1 Satz 2 des Sozialgesetzbuches für alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte verbindlich. Und auch Heilpraktiker (Psychotherapie) sollten sich bei ihrer Diagnostik an seinem Kapitel F, das psychologische Störungen

zusammenfasst, orientieren, zudem es sich tatsächlich hervorragend und detailreich mit Symptomatiken, dem jeweiligen Schweregrad, besonderen Kennzeichen etc. auseinandersetzt.

Daher arbeiten wir auch in diesem Handbuch nach der entsprechenden Einteilung [2]:

F0 – Organische einschließlich somatische psychische Störungen
F1 – Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Suchterkrankungen)
F2 – Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen
F3 – Affektive Störungen
F4 – Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen
F5 – Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen oder Faktoren
F 6 – Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F7 – Intelligenzminderung
F8 – Entwicklungsstörungen
F9 – Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Das DSM-V

Das **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders[3]**, kurz DSM, wird seit 1952 von der American Psychiatric Association herausgegeben. Seit 1996 existiert eine deutsche Ausgabe.
Das DSM-V kann, wenn man möchte, einzeln aber auch als Ergänzung zum ICD-10 genutzt werden. Anzuraten wäre eine zusätzliche Verwendung, wenn man sich als Heilpraktiker (Psychotherapie) häufig mit Fachliteratur aus den USA auseinandersetzt oder gar mit US-amerikanischen Kollegen in Verbindung steht. Interessant kann auch sein, sich einmal die Unterschiede zum ICD-10 anzusehen. Neben der unterschiedlichen Einteilung besteht der Hauptunterschied darin, dass das DSM-V zusätzlich auf geschlechtsspezifische Unterschiede eingeht. Es ist zudem in der Diagnostik etwas genauer, da es sich stärker auf den eigenen Markt mit US-amerikanischen Gepflogenheiten konzentrieren kann, während das ICD-10 stärker interkulturell orientiert ist.

Wir möchten an dieser Stelle nicht weiter ins Detail gehen, da man das DSM zwar kennen sollte, seine genauen Inhalte in deutschen Prüfungen in der Regel aber nicht relevant sind. Wir empfehlen, das DSM einfach einmal im Internet zu recherchieren, um sich eine grobe Übersicht zu verschaffen.

---

2 Weltgesundheitsorganisation, Dilling, H, Mombour, W., Schmidt, M. H. (Hrsg.): Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F) – Klinisch-diagnosische Leitlinien. Verlag Hans Huber, Bern, 2008 (6. vollständig überarbeitete Auflage).

3 American Psychiatric Association (Hrsg): DSM-V-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Macmillan US, New York, 2013

2.4 Begriffsklärungen der Epidemiologie

Wir haben bereits erwähnt, dass psychische Störungen zu erheblichen Einschränkungen der Lebensqualität führen, jedoch aus Angst vor Stigmatisierung im gesellschaftlichen Umfeld, Erkrankungen aus dem psychologischen Formenkreis oftmals verschwiegen oder verdrängt werden. Gleichzeitig weiß man zum Teil immer noch nicht, welche Ursachen bestimmte Erkrankungen haben. Umso wichtiger ist es, aufzuzeigen, dass psychische Krankheiten nicht selten auftreten, um Mut zu machen, dass sie – egal welche Ursache sie haben – behandelt werden sollten und können.

Dies kann man hervorragend durch die sogenannte Epidemiologie argumentieren. Sie beschreibt die Verteilung, das Auftreten und die Determinanten von Erkrankungen innerhalb der Bevölkerung - in unserem Fall der psychischen Störungen. Sie hilft dabei, objektive Werte in das Empfinden der Häufigkeit von Erkrankungen zu bringen und unterstützt zum Beispiel bei Prävention und Früherkennung. An den entsprechenden Statistiken kann erkannt werden, welche Erkrankung zum Beispiel zu einer chronischen Behinderung oder gar zum Tod führen kann, oder welche im Allgemeinen komplett ausheilt. Wichtig ist auch die Feststellung von der Verteilung von Krankheiten auf bestimmte Personenkreise (zum Beispiel Frauen oder Männer) oder bestimmte Altersgruppen.

Ein einfaches Beispiel sind die Prävalenzraten – sprich die Anzahl von Fällen von bestimmten Erkrankungen in einer bestimmten Bevölkerungsschicht über einem bestimmten Zeitraum hinweg oder zu einem bestimmten Zeitpunkt.

Sprechen wir von psychischen Krankheiten im Allgemeinen, sieht dies (nach Wittchen, 2003[4]) wie folgt aus:

Prävalenzraten (Periodenprävelenz) psychischer Erkrankungen in Deutschland:[5]

	Gesamt (in Prozent) in Deutschland	**Frauen (in Prozent) in Deutschland**	**Männer (in Prozent) in Deutschland**
1-Monats-Prävalenz	19,8	23,9	15,8
12-Monats-Prävalenz	31,1	37	23,3
Lebenszeitprävalenz	42,6	48,9	36,8

4 Wittchen, H. U.; Jacobi, F.; Hayer, J.: Die Epidemiologie psychischer Störungen in Deutschland. Vortrag im Rahmen des Kongresses: Psychosoziale Versorgung in der Medizin, Hamburg, 28. bis 30. 09.2003.

5 Entnommen: Lieb, Prof. Dr. med. Klaus; Frauenknecht, Dr. med. Sabine; Brunnhuber, Dr. med. Dr. rer. soc. MA phil. Stefan: Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie. Verlag Elsevier, München, 2009 (6. Auflage). Seite 5.

Diese Tabelle zeigt zum Beispiel, dass die Wahrscheinlichkeit, aktuell an einer psychischen Störung zu leiden, äußerst hoch ist – besonders bei Frauen. Das soll keine Angst machen, sondern sollte die Angst vor Stigmatisierung verringern (man ist bei einer Erkrankung bei Weitem nicht allein) und soll gleichzeitig die enorme Relevanz psychischer Erkrankungen in unserer Gesellschaft aufzeigen.

Hier die Begrifflichkeiten der Epidemiologie, die uns in den einzelnen folgenden Kapiteln immer wieder begegnen werden:

- **Morbidität (Achtung!!!! Nicht Mortalität) fasst Prävalenz und Inzidenz zusammen.** Er steht für die Krankheitshäufigkeit in einer bestimmten Bevölkerungsgruppe zu einem bestimmten Zeitraum.
    - **Inzidenz:** Anzahl der **Neu-**Erkrankungen bezogen auf die Gesamtbevölkerung **innerhalb eines bestimmten Zeitraums**.
    - **Prävalenz:** Anzahl von **bestehenden Fällen** von bestimmten Erkrankungen in einer bestimmten Bevölkerungsschicht **über einen bestimmten Zeitraum (Periodenprävalenz)** hinweg oder zu einem b**estimmten Zeitpunkt (Punktprävalenz)**.
- **Mortalität: Anzahl** der **Todesfälle** bei einer Erkrankung, bezogen auf die Gesamtzahl der Bevölkerung in einem bestimmten Zeitraum.
- **Letalität:** Verhältnis der Anzahl der Sterbefälle, bezogen auf die Anzahl der Erkrankten. Sie ist der Gradmesser der Gefährlichkeit einer Erkrankung.

Kapitel 3:

Grundbegriffe

3.1 Einführung

Die folgenden Begrifflichkeiten wie Bewusstsein, Orientierung, Antrieb sind (neben dem reinen äußeren Erscheinungsbild für eine Befunderhebung und einen darauffolgenden Behandlungsplan) in Psychiatrie und Psychotherapie gleichermaßen von grundlegender Bedeutung. Sie klar zu definieren und für die spätere Praxis zu verinnerlichen ist daher äußerst wichtig.

3.2 Kontakt/Kommunikation/Verhalten

Betritt ein Klient unsere Praxis, so nehmen wir als Erstes sein Verhalten und seine Fähigkeit, Kontakt aufzunehmen wahr. Wir spüren schon einmal im Ansatz seine Fähigkeit, soziale Distanz zu seinen Mitmenschen zu verringern und erleben, wie er sich uns gegenüber verhält.

So können wir schon ganz am Anfang seine Kontaktfähigkeit, seinen sozialen Umgang und seine Kommunikationsfähigkeit mit der Außenwelt im Ansatz beurteilen und abschätzen, ob er eher misstrauisch, distanziert ist oder vielleicht auch zu distanzlosem, überschießendem Verhalten neigt. Verhaltensstörungen spüren wir ggf. schon hier durch ein schwieriges, abnormes Verhalten (etwas eleganter „Problemverhalten“) gegenüber der Außenwelt – in diesem Fall zunächst uns. Sicherlich zeigt uns auch Einiges sein äußeres Erscheinungsbild, seine Art zu sprechen, seine Mimik und Gestik, seine Motorik.

Das alles erkennen wir in den ersten Minuten. Umso wichtiger ist es, sich zu vergegenwärtigen, dass diese Minuten wichtig sind, um den Patienten schon einmal einzuschätzen und eine erste, möglichst natürlich gute, Beziehung aufzubauen. Sie ist ein Wirkfaktor für ein Vertrauensverhältnis und eine erfolgreiche Therapie. Nehmen Sie also diesen Moment bewusst wahr, um daraus konkret in die Anamnese überzugehen.

Die Anamnese ist eine Erhebung von Daten, auf deren Basis ein Befund erstellt werden kann, der wiederum als Grundlage für die spätere Therapie dient. Sie beinhaltet den akuten Zustand des Patienten, seine gesundheitliche Vorgeschichte, seine Lebensumstände und alle weiteren Informationen, die zur Beurteilung der Situation des Klienten relevant erscheinen.

Um diese Daten so erfassen zu können, dass sie objektiv nützlich sind, benötigen wir einiges an Wissen – und auch einige wichtige Grundbegriffe. In diesem Kapitel werden wir die Begriffe definieren, die sie benötigen und vor allem auch in Prüfungen kennen sollten. Später in Kapitel 4 werden wir diese Kenntnisse dann beim Aufbau eines Erst-Gesprächs verwenden und auf die konkrete Abfrage der einzelnen Themenbereiche eingehen.

3.3 Bewusstsein

Der Begriff "Bewusstsein", der im weitesten Sinne als die erlebbare Existenz mentaler Zustände und Prozesse beschrieben werden kann, ist aufgrund seines unterschiedlichen Gebrauchs mit verschiedenen Bedeutungen nur schwer allgemeingültig definierbar.

In vielen Gesprächen und Diskussionen über das Bewusstsein, geht es um philosophische oder spirituelle Definitionen, die teilweise nur schwer beweisbar sind.
Die wissenschaftliche Forschung beschäftigt sich hingegen vor allem mit den klar definierbaren Bewusstseinszuständen.

An dieser Stelle sprechen wir von Bewusstseinszuständen und deren klinische Bedeutung.
Hierbei handelt es sich um ein Zusammenspiel von Vigilanz, also der "Wachheit", Wahrnehmung, Orientierung, Bewusstseinsklarheit, Denken, Aufmerksamkeit, sprachlicher Verständigung und Handeln.

Störungen des Bewusstseins spalten sich in zwei Hauptbereiche: qualitativ und quantitativ.

Quantitative Bewusstseinsstörungen können eine Folge unterschiedlicher zerebraler, also vom Gehirn ausgehender, Funktionsstörungen (zum Beispiel Epilepsie, Schädel-Hirn-Trauma, Schlaganfall), Störungen von Atmung oder Kreislauf, Vergiftungen (zum Beispiel Ethanol), zu hohem oder zu niedrigem Blutzuckerspiegel oder auch Infektionen des Nervensystems (zum Beispiel Meningitis) sein.

Man unterscheidet dabei die einzelnen Schweregrade:

- **Benommenheit:** Der Betroffene ist schläfrig, jedoch durch Ansprechen oder Berühren gut weckbar. Sein Verhalten und seine Auffassungsfähigkeit sind verlangsamt, er ist jedoch im Allgemeinen gut orientiert, zeigt aber kaum sprachliche Äußerungen. Reflexe und der Muskeltonus (der Spannungszustand einer Muskelgruppe oder eines Muskels) sind im Normalbereich.
- **Somnolenz:** Der Betroffene ist apathisch oder zumindest so schläfrig, dass er nur durch lautes Ansprechen oder starke Berührungen weckbar ist. Konzentration und Aufmerksamkeit sind herabgesetzt. Er kann sich kaum artikulieren. Falls er es doch tut, ist er kaum zu verstehen. Reflexe sind erhalten, der Muskeltonus ist leicht vermindert, Reaktionen auf Schmerzreize sind voll da. Wenn er schließlich erwacht, ist er orientiert, aber verwirrt.
- **Sopor:** Der Betroffene ist nur durch äußerst starke Reize zu erwecken (zum Beispiel Schmerzreize). Er ist weder orientiert noch erhält man von ihm verbale Äußerungen, der Muskeltonus ist verringert, allein Reaktionen auf Schmerzreize finden statt.
- **Präkoma und Koma:** Der Betroffene ist nicht weckbar, er zeigt auf Schmerzreize keine Reflexe (allein solche pathologischer Art (automatische und unwillkürliche Reflexe bei einer Nerven- oder Hirnschädigung)). Es

liegen Störungen zentraler körperlicher Funktionen wie Atmung, Temperaturregulation und Kreislauf vor, somit besteht höchste Lebensgefahr. Das Präkoma ist hierbei eine Art Vorstufe des Komas, in der einzelne physiologische Refelexe zwar erloschen sind, in der jedoch noch Abwehrreaktionen auf starke Reize zu beobachten sind, ohne dass das Bewusstsein wiedererlangt wird. Im eigentlichen Koma sind dann auch diese Reaktionen nicht mehr zu beobachten.

Eine Sonderform ist das Coma vigile bzw. das apalleische Syndrom, alos das sogenannte Wachkoma, das bei äußerst schweren Schädigungen oder komplettem Funktionsausfall der Großhirnrinde vorkommen kann (zum Beispiel nach einem schweren Schädel-Hirn-Trauma). Der Betroffene erscheint wach, der Blick geht geradeaus oder wandert umher, er kann allerdings nicht fixieren. Er reagiert weder verbal noch reflektorisch, ist stumm und reglos.
Qualitative Bewusstseinsstörungen können infolge von Schädel-Hirn-Traumata, Stoffwechselproblemen, entzündlichen Erkrankungen des Gehirns, Vergiftungen durch Medikamente, Alkohol oder Drogen aber auch bei Schlafentzug auftreten. Dabei werden Bewusstseinsinhalte verändert, die Bewusstseinsklarheit ist verringert.

Man unterscheidet dabei:

- **Bewusstseinstrübung:** Der Betroffene zeichnet sich durch Verwirrtheit in Denken und Handeln aus, er hat Schwierigkeiten, Aspekte der eigenen Person und seiner Umwelt zu verstehen und auf sinnvolle Art und Weise miteinander zu verbinden. Dementsprechend sind Kommunikation und Handeln gestört. Merkmale sind Desorientiertheit, Halluzinationen, Angst, Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus und vegetative Störungen. Besonders lebensbedrohlich ist dabei das Delir (Achtung! Notfall!!!!!), auf das wir noch gesondert eingehen werden. Die Bewusstseinstrübung kann ansonsten zum Beispiel bei Intoxikationen, Entzug, Tumoren, Morbus Alzheimer, kardiovaskulären Problematiken oder auch paranoid-halluzinatorischer Schizophrenie auftreten. Eine Sonderform ist der relativ selten vorkommende Dämmerzustand (zum Beispiel nach epileptischen Anfällen oder bei einem Schädel-Hirn-Trauma), bei dem die Betroffenen nach außen hin orientiert zu sein scheinen und auch einfache Handlungen ausführen können, tatsächlich ist das Bewusstsein ganz auf das innere Erleben eingeschränkt. Die Außenwelt wird nur vermindert wahrgenommen. Betroffene befinden sich in einer Art traumwandlerischem Zustand. Oftmals kommt es zu illusionären Verkennungen, es kann auch zu Halluzinationen kommen. Der Dämmerzustand hinterlässt eine partielle oder komplette Amnesie.

- **Bewusstseinseinengung:** Der Betroffene ist in seinen Kognition (also seinen gedanklichen Prozessen) und seinem emotionalen Erleben auf wenige Aspekte fokussiert. Dadurch ist er vermindert ansprechbar. Er ist nach außen hin jedoch orientiert. Eine Bewusstseinseinengung kann zum Beispiel bei Schädel-Hirn-Traumata, nach epileptischen Anfällen oder in Rauschzuständen vorkommen, aber auch in harmloser Form bei der Meditation, der Hypnose oder auch beim konzentrierten Arbeiten.

- **Bewusstseinsverschiebung oder Bewusstseinserweiterung:** Der Betroffene zeigt ein subjektives Empfinden der Bewusstseinserweiterung gegenüber seinem üblichen Tageswachbewusstsein. Er verspürt Intensitäts- oder Helligkeitssteigerungen. Zudem kann eine gesteigerte Wachheit auftreten sowie ein Gefühl der Ekstase. Eine Bewusstseinsverschiebung, bzw. Erweiterung, kann zum Beispiel bei bestimmten Drogen, beginnender Schizophrenie oder Manie auftreten.

3.4 Orientierung

Die Orientierung steht für die kognitive Fähigkeit, zu wissen, wo, wann und in welcher Situation man sich in diesem Moment befindet, welche Person vor einem steht – oder wer man auch selbst ist.

Man unterscheidet bei Orientierungsstörungen zwischen:

- **Desorientiertheit zur Zeit:** Der Betroffene kann nicht sagen, welcher Tag, Monat oder welches Jahr gerade ist. Bei schwereren Störungen werden auch Tages- oder Jahreszeiten nicht mehr erkannt.
- **Desorientiertheit zur Situation:** Der Betroffene kann die Situation, in der er sich befindet, nicht mehr erfassen, weder ihren Sinn noch ihre Bedeutung.
- **Desorientiertheit zum Ort:** Der Betroffene weiß nicht, wo er sich befindet oder wie er von einem Ort zum anderen kommt.
- **Desorientiertheit zu anderen Personen:** Vertraute oder bekannte Personen werden nicht mehr erkannt.
- **Desorientiertheit zur eigenen Person:** Der Betroffene weiß nicht mehr, wer oder was er ist. Er hat zum Beispiel seinen Namen, seine Herkunft und/oder sein Geburtsdatum vergessen.

Orientierungsstörungen können harmlose Ursachen wie Stress, Erschöpfung oder Schlafmangel haben, können aber auch Folge von organischen Störungen wie Demenz, Alkohol- oder Drogenmissbrauch sein.

3.5 Aufmerksamkeit und Gedächtnis

Aufmerksamkeit steht für die Konzentration der Wahrnehmung auf bestimmte Reize unserer Umwelt. Wichtig hierfür ist die Selektion von Informationen, die auf uns einwirken, sodass diese in unser Bewusstsein dringen können und schließlich Denken und Handeln steuern. Hat ein Betroffener eine Aufmerksamkeitsstörung, so ist dieser Fluss gestört (Hierauf gehen wir später in diesem Handbuch im Kapitel zu AD(H)S noch näher ein).

Das **Gedächtnis** speichert diese Informationen und lässt uns wieder daran erinnern. Dabei unterteilt sich das Gedächtnis in das

- **Ultrakurzzeitgedächtnis (oder sensorisches Gedächtnis):** Speicherung und Erinnerungsmöglichkeit 10 bis 30 Sekunden.
- **Kurzzeitgedächtnis (oder Arbeitsgedächtnis):** Speicherung und Erinnerungsmöglichkeit ca. 20 Minuten.
- **Langzeitgedächtnis:** Gedächtnisinhalte sind auf Dauer gespeichert.

Sowohl für Gedächtnis als auch für Aufmerksamkeit gibt es verschiedenste **Tests**. Zum Beispiel wird die in ihrer Aufmerksamkeit zu testende Person gebeten, von 100 fortlaufend 7 abzuziehen, Monatsnamen rückwärts aufzuzählen oder längere Worte zu buchstabieren. Ein klassischer Gedächtnistest ist, dem Probanden drei Begriffe zu nennen und ihn einige Zeit später zu bitten (nachdem ein Gespräch dazwischen geschoben wurde), diese zu wiederholen.

3.6 Denken (formal, inhaltlich)

Der Begriff Denken steht für die Vorgänge, die in unserem Inneren ablaufen, wenn wir uns etwas vorstellen, uns erinnern, etwas erfassen, begreifen oder abwägen, beurteilen oder schlussfolgern, sprich Dinge, Erlebnisse oder Sinneseindrücke verarbeiten. Ziel des Denkprozesses ist die Bewusstwerdung von Inhalten. Nach außen dringen sie durch Sprache. Treten hier Störungen auf, können sie unterschiedlichster Art sein. Unterteilt werden Sie in inhaltliche und formale Denkstörungen.

Bei **inhaltlichen Denkstörungen** ist das inhaltliche Ergebnis des Denkens gestört.
Diese Inhalte sind:

- **Zwangsgedanken –** Aufdrängen von nicht eigenen Gedanken, gegen die sich der Betroffene, obwohl er es will, nicht wehren kann. Wird ihnen nicht nachgegeben, folgen daraus Unbehagen und Angst. Sie unterteilen sich in Zwangsgedanken bzw. Zwangsvorstellungen oder Zwangseinfälle, Zwangsimpulse und Zwangshandlungen. (Hierauf gehen wir später noch einmal genauer im Kapitel Zwänge ein)
- **Überwertige Ideen –** Ideen oder Gedanken, die stark emotional (oftmals religiös oder politisch) besetzt sind und den Betroffenen in seinem gesamten Leben und vor allem seinem Handeln beherrschen.
- **Wahn –** nicht zu korrigierende Falschbeurteilung der Realität

Auf den Wahn möchten wir hier etwas genauer eingehen, da er viele Erscheinungsformen hat und gerade bei schwereren psychischen Erkrankungen vorkommen kann. Vom Prinzip her ist er eine unkorrigierbare Falschbeurteilung der Realität. Er tritt bei schizophrenen Psychosen, organischen Psychosen und auch wahnhaften Depressionen auf .[6]

---

6 Lieb, Prof. Dr. med. Klaus; Frauenknecht, Dr. med. Sabine; Brunnhuber, Dr. med. Dr. rer. soc. MA phol. Stefan: Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie. Verlag Elsevier, München, 2009 (6. Auflage).

Beispiele von Symptomen des Wahns sind:

- **Wahnstimmung –** Die Welt erscheint dem Betroffenen bedrohlich verändert. Es „liegt etwas in der Luft“.
- **Wahnwahrnehmung –** In eine eigentlich reale Wahrnehmung wird eine abnorme Bedeutung hineininterpretiert. (Zum Beispiel soll das Licht im Fenster der Nachbarn etwas Bestimmtes mitteilen.)
- **Wahneinfall/Wahngedanke/Wahnidee** – Ideen tauchen plötzlich – ohne Sinneswahrnehmung – auf. (Zum Beispiel ist der Betroffene plötzlich der Überzeugung, die Welt retten zu müssen.)
- **Wahnerinnerung** – Ereignisse aus der Vergangenheit werden umgedeutet. (Zum Beispiel war das verordnete Nachsitzen in der Schulzeit ein Zeichen dafür, dass die jetzigen übernatürlichen Fähigkeiten unterdrückt werden sollten.)
- **Wahnarbeit** – Bei der Wahnarbeit wird ein gesamtes Wahnsystem aufgebaut, um Wahninhalte zu erklären.
- **Wahnhafte Persönlichkeitsverkennung** – Personen werden nicht mehr als die realen Personen erkannt, die sie sind. (Für den Betroffenen ist seine Nachbarin eindeutig eine Außerirdische, die ihn töten will.)
- **Symbiotischer Wahn oder Folie à deux** – Hierbei lässt sich eine nahe Bezugsperson eines Erkrankten in den Wahn mit hineinziehen. (Zum Beispiel ist so dann auch die Ehefrau des Betroffenen der festen Überzeugung, dass ihr Mann einer großen Verschwörung auf der Spur ist.)

Wahnthemen können unterschiedlicher Art sein. Der Beziehungswahn ist eines der häufigsten Wahnthemen. Blicke von Vorbeigehenden, Anzeigen in Zeitungen, vermeintliche Lichtsignale von Nachbarn werden so zu Elementen des Wahninhaltes. Weitere Wahnthemen sind der Beeinträchtigungswahn, der Verfolgungswahn als dessen Steigerung, der Dematozoenwahn (der Wahn, Hauterkrankungen seien eingedrungene Tiere), der hypochondrische Wahn, Schuld- oder Versündigungswahn, Verarmungswahn, Größenwahn, Kleinheitswahn, Liebeswahn und Eifersuchtswahn.

Bei **formalen Denkstörungen** besteht eine Funktionsstörung des Gedankenablaufs.
Diese sind:

- **Verlangsamtes Denken –** Das Denken ist mühsam, zäh, schleppend.
- **Gehemmtes Denken –** Das Denken ist gebremst, unregelmäßig. Der Betroffene verspürt beim Denken einen Widerstand. Dies wird im Gegensatz zum verlangsamten Denken vom Betroffenen selbst als belastend empfunden.
- **Eingeengtes Denken (inhaltliche Perseveration) –** Der Betroffene verhaftet an einem oder wenigen Themen, ist auf Denkinhalte fixiert.
- **Grübeln –** Der Betroffene beschäftigt sich unablässig mit bestimmten Lebensthemen.
- **Gedankensperrungen, Gedankenabreißen –** Der Gedankengang bricht plötzlich während eines Gesprächs grundlos ab.
- **Umständliches Denken –** Der Betroffene trennt Unwesentliches nicht von Wesentlichem. Das Reden ist weitschweifig, der Betroffene verliert sich in unwichtigen Einzelheiten.
- **Perservation –** Der Betroffene haftet an Worten und Gedanken, die im späteren Gesprächsverlauf nicht mehr

sinnvoll sind.

- **Verbigeration –** Worte werden immer wieder wiederholt.
- **Neologismen –** Die Sprache besteht aus nicht unbedingt verständlichen Wortneubildungen.
- **Gedankendrängen –** Bestimmte Inhalte drängen sich unwillkürlich auf.
- **Ideenflucht –** Der Gedankengang wird durch immer neue Inhalte abgelenkt oder unterbrochen.
- **Zerfahrenes oder inkohärentes Denken –** Inhalte werden zerrissen, Sätze ohne verständlichen Sinn aneinandergesetzt.
- **Vorbeireden –** Der Betroffene hört zwar eine Frage, die ihm gestellt wurde, gleitet aber mit seiner Antwort am Thema vorbei.

3.7 Wahrnehmung

Wahrnehmung bedeutet, dass man sinnliche Gegebenheiten zur Kenntnis nimmt und kognitiv verarbeitet. Man kann sich vorstellen, dass dieser Ablauf sehr leicht gestört werden kann – sei es auf der Ebene der Sinnesorgane, der Ebene der die Reiz-Information weiterleitenden Nerven oder auf jener des zentralen Nervensystems, das für die Verarbeitung zuständig ist. Gleichzeitig kann es natürlich auch Störungen bei der Interpretation von Sinneswahrnehmungen geben. Wie wir Sinnesreize wahrnehmen, kann sehr stark von unserer körperlichen oder psychischen Verfassung, aber auch von Erfahrung, Erlerntem oder auch von unserem sozialen Umfeld abhängen.

Wir kennen modalitätsspezifische Wahrnehmungsstörungen, die einzelne Sinne betreffen (taktil (tasten), kinästhetisch (Wahrnehmung des Körpers und der Bewegung), visuell (sehen), auditiv (hören) oder vestibulär (Wahrnehmung des Gleichgewichts)), intermodale Wahrnehmungsstörungen, bei denen die Zusammenarbeit der einzelnen Wahrnehmungen nicht funktioniert und seriale Wahrnehmungsstörungen, bei denen das zeitliche oder räumliche Nacheinander von Reizen nicht erkannt und gemerkt werden und somit nicht entsprechend reagiert werden kann.

Effekte dieser Störungen werden in drei Bereiche eingeteilt:

- Halluzinationen
- Halluzinationen nahestehende Phänomene
- Einfache Wahrnehmungsveränderungen oder sensorische Störungen

3.7.1 Halluzinationen

Halluzinationen stehen für Wahrnehmungen, denen kein Sinnesreiz von außen zugrunde liegt. Betroffene fühlen, hören, sehen, schmecken oder riechen Dinge, die in der Realität nicht vorhanden sind. Sie sind überzeugt, dass sie

reale Reize wahrnehmen.

- Akustische Halluzinationen können in Form von Geräuschen wie Zischen oder Knallen, auftreten (sogenannte Akoasmen) oder als Stimmen, Worte, Sätze (sogenannte Phoneme). Bei letzteren können diese dialogisch sein (sprich, der Betroffene unterhält sich mit den Stimmen), sie können Handlungen kommentieren oder Befehle geben.
  Diese Formen der Halluzination sind Merkmale für Schizophrenie, können aber auch bei organischen Psychosen oder bei der epileptischen Aura auftreten.
- Olfaktorische oder gustatorische Halluzinationen stehen für die halluzinatorische Wahrnehmung von Geschmäckern oder Gerüchen. Sie können bei bestimmten Tumoren oder in der epileptischen Aura auftreten. Häufig begleiten sie Schizophrenien (z.B. als Vergiftungswahn) oder kommen bei depressiven Erkrankungen vor.
- Bei taktilen Halluzinationen haben Betroffene, meist bei einer organischen Psychose, das Gefühl, zum Beispiel gestochen oder gewürgt zu werden oder fühlen kleine Tiere, die über die Haut krabbeln (Dermatozoenwahn).
- Zönästhesien gleichen taktilen Halluzinationen, beschreiben aber Störungen der Leibesempfindung. Der Betroffene spricht in solchen Fällen davon, sein Körper würde sich anfühlen „als ob“ er zum Beispiel aus Stein sei, „als ob“ ein Körperteil verfault sei, „als ob“ seine Hände vergrößert seien etc.
- Ähnlich sind Leibeshalluzinationen oder zönästhetische Halluzinationen, die jedoch den Charakter von etwas „von Außen“ gemachtem haben. Zum Beispiel fühlt sich der Betroffene als habe jemand sein Körper elektrisch aufgeladen oder sein Körperinneres durch Hypnose verändert.

3.7.2 Den Halluzinationen nahestehende Phänomene

Diese Wahrnehmungsstörungen ähneln den Halluzinationen, haben aber nicht deren als realistisch eingestuften Charakter.

- **Pseudohalluzinationen** stehen für Sinnestäuschungen, die bildhaft und eher subjektiv sind. Sie werden als nicht realistisch erkannt. Häufig kommen Pseudohalluzinationen in der Einschlaf- oder Aufwachphase, in Trancezuständen, in der Meditation, bei Erschöpfung und starker Ermüdung, bei Bewusstseinstrübung (Fieber oder Drogeneinfluss), Affektzuständen oder in der Rückbildungsphase einer Halluzination vor.
- **Illusionen oder illusionäre Verkennungen** deuten tatsächlich Vorhandenes um. Dies kann ganz banal in der Dunkelheit vorkommen (ein Baum wird für einen Menschen gehalten) oder bei Übermüdung bzw. emotionalen Anspannungen. Im krankhaften Bereich kommen sie oft bei Schizophrenie (hier eher akustisch) oder organischen Psychosen (hier eher optisch) vor.
- Bei **Pareidolien** wird in wirklich Vorhandenes Nicht-Vorhandenes hineininterpretiert (Klassisch: Figuren in Wolken oder Worte in Geräuschen). Im Gegensatz zur illusionären Verkennung existieren hier realer und nicht-realer Sinneseindruck nebeneinander.

3.7.3 Einfache Wahrnehmungsveränderungen

Im Falle der einfachen Wahrnehmungsveränderungen erkennt der Betroffene die Realität richtig, jedoch werden Qualität oder Intensität verändert. Häufig betreffen diese Störungen die visuellen Wahrnehmungen.
Man unterscheidet:

- Verschwommensehen oder Farbigsehen
- Mikropsie oder Makropsie (Gegenstände erscheinen kleiner oder größer als sie sind,)
- Metamorphosie oder Dysmegalopsie (Gegenstände werden verzerrt oder verändert wahrgenommen)
- Intensitätsminderung oder -steigerung der Wahrnehmung

3.8 Ich-Empfinden

Bei dem Ich-Empfinden und dessen Störungen geht es um die Definition der Ich-Umwelt-Grenze. Bei Störungen wird das Ich nicht mehr als ein solches empfunden, der Betroffene sieht sich nicht mehr als personell geschlossene Einheit, löst sich von innen heraus auf oder wird von außen in seinen Erleben und Handeln beeinflusst. Ich-Störungen treten häufig bei Schizophrenie, aber auch bei Depressionen auf. Weitere Ursachen können zum Beispiel Intoxikation, extreme Erschöpfung, eine Posttraumatische Belastungsstörung, Schizoaffektive Störung, epileptische Aura, Delir bei Demenz oder auch Alkoholdelir sein.

Wir unterscheiden hierbei:

- **Psychotische Ich-Störungen:** Gedankeneingebung, Gedankenentzug, Gedankenausbreitung, Willensbeeinflussung
- **Entfremdungserleben:** Depersonalisationserleben, Derealisationserleben

Bei der **psychotischen Ich-Störung** werden die eigenen psychischen Vorgänge und Zustände als von außen beeinflusst empfunden. Gedanken werden eingegeben oder entzogen, der Willen wird beeinflusst, bzw. sind die Grenzen eingerissen, sodass die eigenen Gedanken sich ausbreiten – quasi verflüchtigen.

Meist verbindet sich bei dem Betroffenen die Ich-Störung mit einem Erklärungswahn, nämlich dass die Verminderung der Abgrenzung durch Suggestion, Hypnose oder irgendwelche Gerätschaften verursacht werden.

Das **Entfremdungserleben** ergibt sich aus einer rein emotionalen Wahrnehmung. Hier wird entweder die eigene Person als fremd erlebt (Depersonalisierung) oder die Umgebung um einen herum als nicht real. Dieses Gefühl kommt von innen, wird nicht als von außen gemacht empfunden. Bei einer **Depersonalisierung** fühlen sich Betroffene als nicht mehr sie selbst, sondern zum Beispiel „wie ein Schatten", als sei er nicht mehr er selbst. Gefühle und Erlebnisse

werden als flach oder unwirklich geschildert. Bei der **Derealisation** bezieht sich dieses Empfinden auf die Umgebung. Sie wird als irreal geschildert, als fremd, leblos. In dieser Umgebung fühlen sich Betroffene, „wie unter einer Käseglocke“ oder „wie in Watte“.

3.9 Affektivität

Affektivität beschreibt das allgemeine Gefühls- und Gemütsleben sowie das psychische emotionale Erleben und Reagieren eines Menschen. Dazu gehören Emotionen, Affekte (die jeweilige Stimmung in einem Moment), Stimmungen und Motivation. Störungen der Affektivität sind vielfältig.
So findet man:

- Affektverarmung, affektive Verflachung
- Affektstarre
- Insuffizienzgefühl/gesteigertes Selbstwertgefühl
- Inadäquater Affekt oder Parathymie
- Affektinkontinenz
- Affektlabilität
- Läppischer Affekt
- Ambivalenz
- Störung der Vitalgefühle
- Dysphorie
- Euphorie
- Innere Unruhe/Gereiztheit

- Bei der **Affektverarmung, bzw. der affektiven Verflachung** besteht ein Mangel oder ein Verlust von Gefühlsäußerungen. Der Betroffene zeigt kaum oder keinerlei Interesse, zeigt keinerlei Einfühlungsvermögen, erscheint unbeteiligt. Er spricht selbst oft vom Gefühl der Gefühllosigkeit, klagt über ein Abgestorbensein der Gefühle, alles sei ihm egal, nichts könne ihn erschüttern. Dieses Symptom kann man bei schizophrenen, affektiven und organischen Psychosen, aber auch Depressionen finden.
- Bei einer **Affektstarre** zeigt der Betroffene zwar Affekte, verharrt in diesen jedoch völlig – egal wie die Situation oder der Gesprächsgegenstand sind. Er kann aus diesem Affekt nicht ausgelenkt werden. Die Affektstarre kann bei organischen Psychosen, Schizophrenie oder Depressionen vorkommen.
- Bei dem Gefühl der Wertlosigkeit spricht man von einem **Insuffizienzgefühl**. Der Betroffene empfindet sich als unfähig und nicht liebenswert. Anders beim **gesteigerten Selbstwertgefühl**: Hier sieht sich der Betroffene als wertvoll, einzigartig, mit besonderen Fähigkeiten ausgestattet.

- Bei einem **inadäquaten Affekt, bzw. einer Parathymie**, stimmen Erlebnisinhalt und geäußerter Affekt nicht überein. Klassisches Beispiel ist das Lachen trotz Trauer auf einer Beerdigung. Die Parathymie findet man bei der Schizophrenie.
- Kann ein Betroffener seine Affektäußerung nicht ausreichend steuern, spricht man von **Affektinkontinenz**. Affekte beginnen außerordentlich schnell, sind übermäßig heftig, können nicht beherrscht werden. Diese Störung findet man bei organischen Psychosen wie einer vaskulären Erkrankung des zentralen Nervensystems.
- Bei einer **Affektlabilität** wechseln Affekte während eines Gespräches schnell und kurz. Eben noch traurig, kann der Betroffene im nächsten Moment unendlich fröhlich sein.
- Bei dem **läppischen Affekt** erscheint der Betroffene der Situation nicht angemessen und unreif, ja albern. Er kichert zum Beispiel bei jeder Frage des Therapeuten wie ein Teenager.
- Stehen positive und negative Gefühle, Stimmungen oder Motivationen nebeneinander, spricht man von einer **Ambivalenz**. Dieses Störungsbild muss nicht zwingend krankhaft sein, kennt man aber ansonsten bei Depressionen, Zwangsstörungen oder Schizophrenien.
- **Störungen der Vitalgefühle** kennt man bei Erkrankungen wie Depression oder Manie. Der Betroffene fühlt sich schwer, verspürt Druck (typisch: Das „Globusgefühl“, also der „Kloß im Hals“), Schmerz – oder auch Leichtigkeit in der Manie. Im Falle einer Depression weitet sich dies oft in eine larvierte Depression aus, bei der nicht die depressive Stimmung, sondern die vegetativen Störungen im Vordergrund stehen, sodass die Depression oft nicht direkt erkannt wird.
- Leiden Betroffene unter einer dauerhaften missmutigen Stimmung spricht man von einer **Dysphorie**. Selbst Positives wird grundsätzlich negativ gesehen.
- Von einer **Euphorie** spricht man, wenn die Stimmung, das Wohlbefinden und die Zuversicht übersteigert bis hin zur Unangemessenheit gehoben sind.
- Bei der **inneren Unruhe** fühlt sich der Betroffene getrieben, angespannt und aufgewühlt. In Folge spricht man von **Gereiztheit**, wenn er aggressiv ist und zu affektiven Ausbrüchen neigt.

3.10 Antrieb und Psychomotorik

Der Antrieb gilt als Grundaktivität unseres Seins, die Grundenergie (zunächst ohne Ziel) für unsere psychischen und physischen Leistungen. Dazu gehören zum Beispiel Initiative, Lebendigkeit, Tatkraft und Aufmerksamkeit. Der Antrieb äußert sich von außen betrachtet durch die Psychomotorik, die für die Aktivität unseres Bewegungs- und Handlungsablaufs steht.
Störungen treten bei verschiedensten Erkrankungen auf und können unterschiedlichste Ausprägungen haben.

Antriebsstörungen sind:

- **Antriebsarmut-/mangel –** das komplette subjektive Fehlen des Antriebs
- **Antriebshemmung –** Gefühl des gebremst Seins, Unfähigkeit, zielgerichtete Handlungen durchzuführen
- **Antriebsschwäche/-verarmung –** die Verminderung eines zuvor vorhandenen Antriebs
- **Antriebssteigerung –** ein gesteigerter Drang mit einem deutlichen Ziel vor Augen (wird erst bei einer schweren Ausprägung chaotisch)

Psychomotorische Störungen sind:

- **Hyperkinese –** heftige, impulsartige Bewegungsunruhe (Zappelphillip-Phänomen)
- **Motorische Unruhe/psychomotorische Erregung –** zielloses Agieren
- **Akinese/Hypokinese – Bewegungslosigkeit** bzw. ein Mangel an Motorik
- **Manierismen –** sonderbares Verhalten, gestelzte Sprache, Grimassieren oder bizarres Verhalten
- **Stereotypen –** immerwährendes Wiederholen der gleichen Bewegungsabläufe, Wörter oder Sätze
- **Echopraxie/Echolalie –** Nachahmen von Bewegungen oder Gesprochenem anderer
- **Mutismus –** Stummheit (kann generell aber auch selektiv sein)
- **Stupor –** Fehlen von jeglicher Bewegung bei klarem Bewusstsein, jedoch mit eingeschränkter Reizaufnahme
- **Negativismus –** Sperre gegen Handlungen, zu denen man aufgefordert wird. Der Betroffene macht genau das Gegenteil
- **Katalepsie –** Gelenke können beim Betroffenen in die bizarrsten Haltungen verbogen werden und verbleiben dort
- **Haltungsstereotypen –** Einhalten von selbst unbequemen Körperpositionen, die man von außen nicht verändern kann

3.11 Intelligenz

Intelligenz drückt die kognitive Leistungsfähigkeit aus. Es gibt vielfältige Theorien über die Grundlagen und die Veränderbarkeit von Intelligenz. So existiert eine Vielzahl von differenzierten Begrifflichkeiten, wie „soziale Intelligenz“, „fluide Intelligenz“, „kristalline Intelligenz“ und viele mehr.

Die „soziale Intelligenz“ ist ohne Zweifel von enormer Wichtigkeit, lässt sich jedoch schwerlich objektiv messen, so jedoch das intellektuelle Leistungsvermögen. Hierfür gibt es mittlerweile eine Vielzahl an Tests. Gemessen werden im Allgemeinen: allgemeines Verständnis, Sprachverständnis, Wortschatz, Allgemeinwissen, logisches Denken und Verarbeitungsgeschwindigkeit. Ergebnis ist immer der sogenannte Intelligenzquotient (IQ). Dementsprechend werden auch die Ergebnisse eingeteilt:

IQ	Intelligenz	Konsequenz[7]
0 – 19	Schwerste Intelligenzminderung	Schwerste geistige Behinderung
20 – 34	Schwere Intelligenzminderung	Schwere geistige Behinderung
35 – 49	Mittelgradige Intelligenzminderung	Mittelgradige geistige Behinderung
50 – 69	Leichte Intelligenzminderung	Leichte geistige Behinderung
70 – 85	Niedrige Intelligenz	Lernbehinderung
86 – 115	Durchschnittliche Intelligenz	
116 – 130	Überdurchschnittliche Intelligenz	
131 – 145	Hochintelligent	

Intelligenztests werden häufig kritisiert, vor allem wenn es um die Einschätzung von Schülern in Bezug auf ihre Schullaufbahn geht. Und tatsächlich mag man sie nicht alleinstehend lassen, um eine etwaige Vorverurteilung zu vermeiden. Trotzdem kann ein solcher Test in Verbindung mit anderen Beurteilungskriterien ein nützliches Werkzeug für die Einschätzung eines Klienten sein.

3.12 Selbst- oder Fremdgefährdung

Auf die Themen Selbst- oder Fremdgefährdung werden wir an mehreren anderen Stellen erneut eingehen. Es schadet jedoch nicht, diese Themen immer wieder aufs Neue zu erwähnen, da hier eine enorme Sensibilität notwendig ist.

Selbst- oder Fremdgefährdung geht von Menschen aus, die aufgrund einer psychischen Störung durch bestimmte Handlungsweisen eine Gefahr für sich oder andere darstellen. Diese können im Notfall gegen ihren Willen in eine psychiatrische Abteilung eines Krankenhauses vorübergehend eingewiesen werden. Auf die rechtlichen Grundlagen werden wir in Folge noch einmal näher eingehen.

Gerade die **Selbstgefährdung** in Form von drohender Suizidalität kann uns in unserer täglichen Praxis begegnen. (Siehe hierzu auch das Kapitel „Psychiatrische Notfälle“.) Wichtig ist hier, Kontakt herzustellen und eine Vertrauensbasis aufzubauen, den Betroffenen nicht allein zu lassen – und im Notfall die Polizei zu rufen. So hart es auch klingt. Denn auch wenn Sie in einem konkreten Fall denken, eine Suizidandrohung sei nur ein Hilferuf, müssen sie diese außerordentlich ernst nehmen.

Sobald ein konkreter Suizidplan vorliegt, gilt diese Situation als Notfall!

---

7 Siehe hierzu auch Kapitel 15: F7 – Intelligenzminderung

Fragen Sie bei Unsicherheiten gerne auch beim psychosozialen Dienst Ihres Gesundheitsamtes nach oder bei der nächstgelegenen psychiatrischen Klinik.

Die Gefahr der Selbstgefährdung kann beispielsweise bei schweren Depressionen, akuten organischen oder funktionellen Psychosen bestehen. Auch Anorexie und psychosomatischen Störungen können zu einer Selbstgefährdung führen, dies bedeutet jedoch selten eine Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik, sondern eher in eine psychosomatische Abteilung oder in eine auf dieses Krankheitsbild spezialisierte Klinik.

Betreuungsrechtlich (auch darauf gehen wir später noch genauer ein) bedeutet eine mögliche Selbstgefährdung zum Beispiel schwerste Verwahrlosung, Nichtbehandlung schwerster körperlicher Leiden oder die Gefahr des Verhungerns oder Erfrierens aufgrund einer psychischen Erkrankung. Dies kommt gelegentlich bei chronischen Psychosen, Demenzen oder schweren Suchterkrankungen in Betracht.

Fremdgefährdung bedeutet, dass Dritte durch eine erkrankte Person in Gefahr geraten. Das kann in Form eines Angriffs sein, wenn der Erkrankte sich unkontrolliert im Straßenverkehr bewegt oder wenn er öffentliche „Rechtsgüter“ attackiert. Eine Fremdgefährdung kann bei akuten organischen Psychosen auftreten, bei manchen Persönlichkeitsstörungen, schizophrenen Störungen oder Drogen-, bzw. Alkoholmissbrauch.

Wichtig ist, im Hinterkopf zu behalten, dass eine **freiheitsbeschränkende oder -entziehende Maßnahme** in einer psychiatrischen Klinik nach dem Unterbringungsgesetz (PsychKG) nur vollzogen werden kann,

- wenn eine psychische Krankheit festgestellt wurde,
- wenn in Folge eine erhebliche Eigen- oder Fremdgefährdung vorliegt,
- wenn die freie Willensbestimmung des Betroffenen krankheitsbedingt stark beeinträchtig ist,
- wenn eine unmittelbare Gefahr für den Betroffenen und/oder Dritte bzw. deren Eigentum besteht,
- wenn objektiv ein Zusammenhang zwischen (psychischer) Erkrankung und drohender Fremd- oder Eigengefährdung vorhanden ist,
- wenn diese Gefahr nur durch die Unterbringung und Behandlung in dieser Klinik abzuwenden ist,
- wenn mit einer Besserung des Krankheitszustands in Folge der Behandlung in besagter Klinik gerechnet werden kann.

Kapitel 4:

Das Erstgespräch

4.1 Einführung: Das Erstgespräch an sich
4.2 Anamnese
4.3 Befund
4.4 Testverfahren
4.5 Bildgebende Verfahren
4.6 Labordiagnostik
4.7 Diagnose
4.8 Therapiemotivation
4.9 Therapieziel
4.10 Ressourcenfindung
4.11 Formulare

4.1 Einführung: Das Erstgespräch an sich

Das Erstgespräch hat in der psychotherapeutischen Praxis eine fundamentale Bedeutung. Es hat die Funktionen:

- eine Anamnese zu erheben
- einen Befund zu erstellen
- eine gute Basis für eine vertrauensvolle Patienten-/Therapeuten-Beziehung herzustellen.
- Zielvereinbarungen zu treffen

In den meisten Fällen findet der Erst-Kontakt zwischen Klient und Therapeut telefonisch statt.. Wer möchte, kann hier schon detailreicher mit dem etwaigen Patienten sprechen. Jedoch ist ein persönliches Gespräch von Angesicht zu Angesicht meist deutlich aufschlussreicher. Kommt ein Patient in die Praxis, sind eine freundliche Atmosphäre und ein kongruentes sowie kompetentes Auftreten des Therapeuten von grundlegender Bedeutung. Schon hier ist es wichtig, dass Vertrauen aufgebaut wird.

Das Erstgespräch selbst startet mit der **Anamnese**, der Schilderung des Klienten der aktuellen Beschwerden, der gesundheitlichen Vorgeschichte, der Lebensumstände, des familiären Umfelds (samt etwaigen Vorerkrankungen) und möglicher Ressourcen, auf die der Klient zurückgreifen kann – oder es bereits tut. Der Therapeut hält sich zunächst zurück, nimmt nur auf, erfragt dann schließlich in Form eines Interviews konkret offene Punkte oder stellt Rückfragen. Nützlich hierfür ist ein Anamnesebogen (siehe auch Muster am Ende), den er im Laufe des Gespräches ausfüllen kann. Immer mehr Therapeuten lassen dem Klienten bereits im Vorfeld Anamnese-Bogen bspw. per E-Mail zukommen oder stellen einen Anamnese-Bogen auf ihrer Website zur Verfügung und bitten den Klienten, ihn zum Erstgespräch ausgefüllt mitzubringen. In diesem Fall kann man ihn sehr gut als Basis für weitere Notizen nutzen.

Befindet man sich in einem klinischen Umfeld, in dem der Klient sich ggf. sperrt oder durch seine Erkrankung nicht in der Lage ist, seine Beschwerden zu beschreiben oder zu kooperieren, muss man sich ggf. auf eine Fremdanamnese beschränken. Eine Fremd-Anamnese ist eine Form der Anamnese-Erhebung, bei der nicht der Klient selbst, sondern Angehörige, Bekannte oder sonstige Dritte Angaben zur Krankengeschichte machen.

Die Anamnese leitet schließlich zum **Befund** über (siehe auch Muster eines Befundbogens am Ende), der den Ist-Zustand des Klienten samt seiner Symptome wiedergibt. Anamnese und Befund führen schließlich zur **Diagnose**.

Am Ende des Gespräches geht der Therapeut, wenn möglich, in eine **Zieldefinition, bzw. -findung** über, beantwortet noch offene Fragen vonseiten des Klienten und bespricht mit ihm die weitere Vorgehensweise.

Eine gewisse Vorsicht ist gegenüber dem Wahrheitsgehalt bzw. der Vollständigkeit, mancher Aussagen angebracht.. Es kann sein, dass der Klient bewusst Dinge verschweigt oder verdreht oder unbewusst nicht die Wahrheit sagt. Es ist

normal, dass einige Wahrheiten erst in der Therapie selbst zutage kommen. Da die Aussagen jedoch umfangreich sind und man sich auch noch auf nonverbale Signale (Mimik und Gestik) des Klienten stützen kann, kann sich schon einmal ein erstes Bild gemacht werden.

Ebenfalls aufschlussreich können das äußere Erscheinungsbild, das Verhalten, die Form der Kontaktaufnahme oder die Sprache sein.

Hat sich der Klient zu einer Therapie mit einem Therapeuten entschieden, sollte zwischen den Beiden ein **Behandlungsvertrag** (siehe auch Muster am Ende) abgeschlossen werden. Er zurrt Rahmenbedingungen fest, bringt aber auch Verbindlichkeit in das Verhältnis Klient/Therapeut.

4.2 Anamnese

Eine psychiatrische Anamnese soll dem Therapeuten ein umfassende Übersucht über die Geschichte des Klienten und sein Befinden geben. Sie ist für den Therapieerfolg von fundamentaler Wichtigkeit, da wir auf Basis der Anamnese in Kombination mit dem Befund die Diagnose erstellen, ein Therapieziel finden und eine Therapieform wählen können. Erschrecken Sie sich nicht vor dem Umfang – bei einer klaren und strukturierten Gesprächsführung und gezieltem Einfühlungsvermögen kann man seine Erst-Anamnese schnell abrunden. Wie gesagt, kommen viele Dinge oft erst während der Therapie zutage. Aber das sollte Sie anfangs nicht weiter stören, sie sollten es nur im Hinterkopf halten.

Eine Anamnese enthält **subjektive Angaben** des Klienten (siehe auch Muster eines Anamnesebogens am Ende):

- Allgemeine soziodemografische Klientendaten (Name, Adresse, Geburtsdatum etc.)
- Grund der Konsultation samt Vorgeschichte und etwaigen Auslösefaktoren sowie Entwicklung der aktuellen Symptome
- Psychische Vorerkrankungen oder -behandlungen
- Körperliche Erkrankungen und/oder Beschwerden (bei kritischen Erkrankungen bitte immer an den Hausarzt verweisen und ggf. je nach gewünschter Methode – entsprechend dem jeweiligen Kontraindikationen – das OK vom Hausarzt/Psychotherapeuten einholen)
- Drogen- und Medikamenten-Anamnese
- Familienanamnese (Erkrankungen, Eltern, Geschwister, Beziehungen etc.)
- Sozialanamnese (Familienstand, Freunde, soziales Netz, Ausbildung, Beruf, finanzielle Sicherheit, Hobbys etc.)

Wichtig ist bei der Erfassung der Krankheitsanamnese Vorerkrankungen zu berücksichtigen, aber vor allem auch Beginn, Verlauf und Grad der aktuellen Beschwerden zu erfassen. Gleichzeitig müssen kritische Lebensereignisse

berücksichtigt werden. Dies ist unabdingbar und relevant für die Diagnose. Für manche Erkrankungen, die in Phasen verlaufen können (z. B. Depression), ist es ggf. empfehlenswert, einen Phasenkalender mit Phasenlänge, -abständen und -stärken zu erstellen.

Achten Sie auch darauf, dass diese subjektive Einschätzung des Patienten nicht unbedingt mit der objektiven durch den Therapeuten im Befund übereinstimmen muss, was aber auch interessant sein kann. Denn daraus leiten sich oftmals Hinweise für bestimmte Erkrankungen ab – oder zeigt sich auch die Therapiemotivation und die Erwartungshaltung des Patienten.

Achten sie bei der Familien- und Sozialanamnese zudem auf Schlüssel- oder Schwellenereignisse. Oftmals fällt ein Krankheitsbeginn mit einem solchen zusammen.

Ansonsten sollten Sie auch die Beziehungsstrukturen des Klienten beachten. Hier ist es manchmal hilfreich, diese grafisch aufzubereiten. Eine solche Methode hilft auch bei möglicherweise unstrukturierten Berichten von Klienten. Notieren Sie sich auch die Namen der genannten Personen. Diese werden im folgenden Therapieverlauf möglicherweise immer wieder auftauchen – und es ist manchmal unangenehm, an diesen Stellen nachfragen zu müssen, wer denn die erwähnte Person sei, wenn diese vom Klienten zuvor schon einmal ausführlich beschrieben wurde . (Es sei denn, sie verfolgen mit dieser Nachfrage eine Absicht.) Natürlich sollten hier auch Beziehungsatmosphären, Konflikte und Rollen der einzelnen Personen erfasst werden.

Behalten Sie im Hinterkopf, dass die Anamnese nicht nur am Anfang für Sie wichtig ist, sondern auch im Verlauf der Therapie immer wieder zur Hand genommen werden kann und sollte, um sich bestimmte Strukturen wieder zu vergegenwärtigen.

4.3 Befund

Nachdem mit der Anamnese erfasst wurde, was war und was bis heute wirkt, erfasst der Befund das, was gerade ist. Er listet auf, welche Symptome bei dem Klienten psychisch und (im eingeschränkten Maß) körperlich vorliegen. Er bezieht sich somit immer ganz genau auf den **konkreten Untersuchungszeitpunkt** und basiert auf der **objektiven Betrachtung** des Therapeuten (dadurch grenzt er sich von dem subjektiven Bericht der Anamnese ab).
Unterschieden wird der Befund in

- qualitative Aussagen (Bewusstsein, Orientierung etc.)
- quantitative Aussagen (Testwerte)

Zu möglichen quantitativen Aussagen kommen wir im nächsten Kapitel. Zu den qualitativen Aussagen im Befundbogen

zählen:

- Äußere Erscheinung/Sprache/Verhalten
- Bewusstseinsstörungen
- Orientierungsstörungen (Zeit, Ort, Situation, Person)
- Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen
- Formale und/oder inhaltliche Denkstörungen
- Zwänge
- Wahn
- Wahrnehmungsstörungen
- Ich-Störungen
- Störungen der Affektivität
- Antriebsstörungen und psychomotorische Störungen
- Zirkadiane Besonderheiten (Schwankungen durch exogene (Tag-Nacht-Wechsel) oder endogene (Hormone) Einflüsse)
- Suizidalität/Fremdgefährdung
- Andere Störungen
- ggf. ergänzbar: Gegenübertragung

Bitte beachten Sie auf jeden Fall, dass kein Symptom für sich allein steht. Sie müssen für eine spätere Diagnose immer den Gesamtzusammenhang betrachten! Das ist besonders wichtig, da manche Symptome für sich alleine auch bei gesunden Menschen auftreten können.

Übrigens: Während Symptome die kleinste Einheit bei der Beschreibung von psychopathologischen Phänomen sind, so sind Syndrome häufig gemeinsam auftretende zusammenhängende Symptome.

4.3 Testverfahren

Zur Erhebung eines Befundes bei einigen Erkrankungen bieten sich psychologische quantitative Testverfahren an, dies besonders, um einen bestimmten Verdacht zu objektivieren oder den Schweregrad detaillierter abzuschätzen.

Mittlerweile existiert eine Vielzahl an Testverfahren für verschiedenste Krankheitsbilder. Sie teilen sich ein in

- **Störungsübergreifende Verfahren** (zum Beispiel die Symptom-Checkliste (SCL-90-R) die Befindlichkeitsskala (BF-S) oder die Freiburger Beschwerdenliste (FBL-R)) zur Abbildung von Syndromen, Beschwerden oder Befindlichkeiten.

- **Störungsgruppenbezogene Verfahren**, um bestimmte Syndrome nicht direkt zu diagnostizieren, aber zu quantifizieren. (Zum Beispiel die Hamilton-Depressionsskala (HAMD), der CAGE-Fragebogen, der Münchener Alkoholismustest (MALT) oder das Beck-Depressions-Inventar (BDI))

- **Testpsychologische Diagnostik**, bei der die Reaktion von Patienten auf „Reizmaterial" überprüft wird (zum Beispiel der Hamburg-Wechler-Intelligenztest (HAWIE) oder der d2-Aufmerksamkeitsbelastungs-Test). Sie helfen bei der Analyse bestimmter Leistungsaspekte.

Vorteile dieser Verfahren sind, dass diese Tests auf umfangreichem Material aufbauen, wissenschaftlich fundiert, standardisierter und objektiver sind als Interviews. Sie sollten sie allerdings nicht ersetzen.

Bitte verwechseln Sie diese Tests jedoch nicht mit den berühmten Psychotests in populären Zeitschriften. Eignen Sie sich bei Interesse die für Ihren Tätigkeitsbereich relevantesten Tests fundiert an!

4.4 Bildgebende Verfahren

Gelegentlich ist es notwendig, in einen psychiatrischen Befund bildgebende Verfahren des Gehirns mit einzubeziehen. Die Praxis eines Heilpraktikers Psychotherapie hat hier selten Berührungspunkte. Sie sollten an dieser Stelle jedoch auch auf jeden Fall erwähnt werden, da zu Beginn einer Therapie mögliche körperliche Ursachen von Symptomen ausgeschlossen werden müssen. Diese Verfahren ermöglichen es, neuronale Prozesse oder Störungen im menschlichen Gehirn zu visualisieren. Dies ist wichtig, um bestimmte organische Hirnerkrankungen, wie Creutzfeldt-Jakob, Tumore oder Enzephalitiden zu diagnostizieren – oder auszuschließen.

Hierfür gibt es unterschiedliche Verfahren:

- **EEG – Elektroenzephalografie:** Hier werden elektrische Aktivitäten des Gehirns durch Elektroden am Kopf gemessen. Die Bedeutung des klassischen EEGs hat in den letzten Jahren in einigen Bereichen aufgrund der Etablierung anderer bildgebender Verfahren stark abgenommen, es wird jedoch noch bei der Diagnostik von Epilepsien, organischer Hirnerkrankungen und bei der Überprüfung der Wirkung bestimmter Psychopharmaka genutzt.
- **Röntgen:** Beim Röntgen wird das Objekt durch Röntgenstrahlung durchleuchtet und auf einer Filmplatte abgebildet. Im Bereich des Gehirns dient es nur zur groben Einschätzung einer etwaigen Schädigung.
- **CT – Computertomographie:** Hier werden per Röntgenstrahlung Schnittbilder des Gehirns erstellt. Rechnerbasiert kann das Gehirn aus unterschiedlichen Richtungen wiedergegeben werden. Mit ihr wird das

Gehirn zum Beispiel nach Tumoren, vergangenen Hirninfarkten, Abszessen, Blutungen, Atrophien, Fehlbildungen oder Knochenanomalien abgesucht.

- **MRT und fMRT – (funktionelle) Magnetresonanztomografie:** Mithilfe der Magnetresonanz können Hirnareale in hoher Auflösung dreidimensional dargestellt werden. Daher können im MRT sonst schwer erkennbare entzündliche Erkrankungen, zerebrovaskuläre Läsionen (Verletzungen der Blutbahnen im Gehirn) und demyelinisierende (Schädigung des Zentralnervensystems) Prozesse und vor allem Neurilnome (gutartige Nervenfasertumore) oder kleine Metastasen entdeckt werden. Bei dem fMRT können sogar Aktivitäten im Gehirn dargestellt werden, zum Beispiel, welcher Reiz auf welchen Teil des Gehirns wirkt.
- **PET – Positronen-Emissions-Tomographie:** Per PET wird die Verteilung einer markierten schwach radioaktiven Substanz im Körper sichtbar gemacht. So werden physiologische und biochemische Prozesse visualisiert.
- **SPECT – Single-Photon-Emissions-Computertomografie:** Beim SPECT sind die Halbwertszeiten länger als beim PET, sodass die Technik etwas sparsamer sein kann. Das Ergebnis ist jedoch ähnlich.
- **MEG – Magnetoenzephalographie:** Per äußerer Sensoren wird die magnetische Aktivität des Gehirns zum Beispiel beim Wahrnehmen von Reizen, Denken oder Lernen gemessen.

4.5 Labordiagnostik

Für eine körperliche Anamnese ist auch die Labordiagnostik ein wichtiges Element. Auch hier hat eine rein psychotherapeutische Praxis wie die eines Heilpraktikers Psychotherapie selten Berührungspunkte. Sie sollten an dieser Stelle jedoch auch auf jeden Fall erwähnt werden, da auch diese Ergebnisse in die Anamnese mit hineinfließen und mögliche körperliche Ursachen von Symptomen ausgeschlossen werden müssen. Relevant für das psychische Befinden eines Patienten können viele Blutwerte, wie der Blutzucker, Schilddrüsenwerte etc. sein. Gleichzeitig kann die Einnahme von Psychopharmaka zu körperlichen Veränderungen und somit auch der Blutwerte führen. Daher sollte im Zweifel einer Ursache von Beschwerden, die körperliche Ursachen haben könnten und die nicht entsprechend abgeklärt wurden, immer der Gang zum Hausarzt empfohlen werden.
Auch im Vorfeld ist es natürlich interessant zu wissen, ob der Patient in irgendeinem Bereich auffällige Werte hat. Und: Natürlich kann auch ggf. ein Drogenscreening notwendig sein.

4.6 Diagnose

Sind Anamnese und Befund abgeschlossen, kann in Abwägung aller Faktoren eine Diagnose erstellt werden. Diese sollte dann, bei Behandlungen in Deutschland, zur besseren allgemeinen Verständigung mit Ihrer Bezeichnung aus dem ICD-10 klassifiziert werden (s
iehe dazu auch Kapitel 2.3).

Wenn dies nicht direkt und problemlos geschehen kann, gibt es hilfreiche Methoden:
Besteht die Vermutung mehrerer Diagnosen, werden alle Erkrankungen, bei denen die gleichen oder ähnliche Symptome auftreten, per **Differenzialdiagnose** darauf geprüft, welche die am wenigsten wahrscheinliche Ursache sein könnte.

Diese möglichen Ursachen werden dann per **Ausschlussdiagnose** nacheinander ausgeschlossen, bis im Idealfall nur noch eine Möglichkeit übrig bleibt.

Erhält man dadurch kein sicheres Ergebnis, so wählt der Therapeut die für sich Wahrscheinlichste aus und setzt sie unter den Begriff **Verdachtsdiagnose**. Die Behandlung dieser Verdachtsdiagnose sollte ein möglichst geringes Risiko beinhalten, dass der Klient Schaden von ihr nimmt, falls die Verdachtsdiagnose nicht zutrifft.. Falls sich eine Verdachtsdiagnose im Verlauf der Behandlung als nicht zutreffend herausstellt, beginnt der Therapeut gegebenenfalls mit einer anderen Herangehensweise von vorn.

Übrigens: Ein Patient hat das Recht, die Teile seine Akte einzusehen, in der sich objektive Befunde befinden. Im Falle eines solchen Anliegens ist anzuraten, dies mit dem Patienten zusammen zu machen, um Missverständnisse im Vorfeld zu klären und ggf. Verärgerung vorzubeugen.

4.7 Therapiemotivation

Kaum etwas ist wichtiger in der Therapie als die Therapiemotivation des Klienten. Man sollte vermuten, dass diese da ist, wenn sich jemand in die Hände eines Therapeuten begibt. Jedoch haben oftmals im Vorfeld Eltern, Verwandte, Freunde oder Kollegen den Patienten gedrängt, einen Therapeuten zu besuchen. Oder es ist dem Patienten selbst nicht wirklich klar, dass er bei der Therapie mitarbeiten muss, der Therapeut kein Magier ist, der ihn mit einem Fingerschnips wieder „normal“ macht. Oftmals sucht er sogar Bestätigung in seinem (Anders-)Sein und keine Therapie, bei der er an Veränderungen arbeiten muss. Manchmal besteht auch keine Lust, sich mit schwierigen Themen auseinanderzusetzen. Denn Therapie bedeutet, sich einzulassen, etwas zu riskieren, Probleme in Angriff zu nehmen, sich anzustrengen und auch mal Frustration zu erleben.

Umso wichtiger ist, eine gute Verbindung und ein stabiles Vertrauensverhältnis mit dem Klienten aufzubauen, sodass er sich öffnen kann und merkt, dass sich tatsächlich etwas bei ihm bewegt, wenn er sich nur traut. Und: Wichtig ist auch, immer wieder eine Zieldefinition zu erstellen, um die Therapie nicht ins Belanglose auslaufen zu lassen.

4.8 Therapieziel

Am Anfang einer Therapie – und auch immer wieder während ihres Verlaufs – sollte ein Therapieziel definiert werden. Diese Definition dient der Therapieplanung, gibt der Therapie Struktur und ermöglicht es, auch immer einmal wieder zu schauen, ob man dem Ziel schon etwas näher gekommen ist.

Und schon die Tatsache, dass der Patient – mit Unterstützung des Therapeuten – ein Ziel definiert, ist ein wichtiger, vielleicht erster Schritt zum bewussten Umgang mit seinem Problem, einer (ersten) Selbstreflektion und einer wahren Therapiemotivation getan, was elementar für einen Therapieerfolg ist.

Dem Therapeuten hilft die Formulierung des Therapieziels, dieses entsprechend in seiner Ausrichtung der Therapie anzusteuern, der Patient verspürt auf Dauer auch eine größere Zufriedenheit, vor allem, da er ja auch erfährt, dass er aktiv am Therapieerfolg beteiligt ist und vom Therapeuten ernst genommen wird. Gleichzeitig nimmt ihn diese Zielvereinbarung natürlich auch mit in die Verantwortung und zeigt ihm die Wichtigkeit seiner Therapie. Dementsprechend ist es auch sinnvoll, das Therapieziel schriftlich (zum Beispiel im Behandlungsvertrag) zu fixieren. Selbstverständlich sollten Therapeut und Patient immer wieder den Therapieerfolg überprüfen und bei fehlendem Erfolg die Methoden neu anpassen oder die Zielformulierung überprüfen.

4.9 Ressourcenfindung

Bei einer Therapie stehen die Ressourcen für die inneren und äußeren Potentiale eines Patienten im Mittelpunkt. Es ist nützlich schon früh zu schauen, welche Fähigkeiten, Erfahrungen, Talente, aber auch Unterstützung von außen ein Patient mit in die Therapie bringt. Diese können als Kraftquellen genutzt werden und so den Therapieerfolg unterstützen. Daher sollten Ressourcen möglichst frühzeitig hervorgehoben und gefestigt werden. (Das machen sich übrigens auch sehr stark Hypnotherapie oder EMDR zu Nutzen.)

Eine Ressourcenfindung kann aus der Wahrnehmung des Therapeuten heraus stattfinden, aber – und das ist noch förderlicher – vom Patienten selbst genannt werden. (Fragen dazu wären: Welche Ressourcen nehme ich als Therapeut wahr? Welche nennt der Patient selbst? Welche Veränderungswünsche und Lösungsvorschläge hat der Patient? Wie hat er bisher seine Herausforderungen bewältigt? Hat der Patient Rückhalt von außen?)

Sind all diese vorangegangenen Fragen geklärt, kann man optimal in die Therapie einsteigen.

4.10 Formulare

Auf den folgenden Seiten finden Sie einige Formulare, die für Ihre Praxis wichtig sind. Sie sind natürlich nur grobe Muster und müssen den entsprechenden Ihren rechtlichen Grundlagen, Kenntnissen und Behandlungsmethoden angepasst werden.

- Anamnese- und Befundbogen
- Behandlungsvertrag, inkl. Zahlungsabwicklung
- Einverständniserklärung zur Einbeziehung und Information des Hausarztes sowie Zwischenbericht für den Hausarzt
- Dokumentation der Behandlungsstunde
- Abschlussbericht

4.10.1 Anamnesebogen

Patientendaten

Name:

____

Geburtsdatum:

____

Adresse:

____

Telefon:

____

Fax:

____

E-Mail:

____

Versicherung:

____

Hausarzt:

____

Tel. Angehörige/r:

____

Erstkontakt am:

____

Erstgespräch am:

____

Grund der Konsultation

____

Vorgeschichte dazu

____

____

Psychische Vorerkrankungen oder –behandlungen

____

____

____

____

Körperliche Erkrankungen (Beginn, Zeitraum, Behandlung etc.)

Kopf und Hals:

____

Nervensystem:

____

Blutdruck und Gefäße:

____

Stoffwechsel:

____

Organe:

____

Bewegungsapparat:

____

Blutkrankheiten und Infektionen:

____

Haut und Allergien:

____

Krankenhausaufenthalte:

____

Medikamente (inkl. Stoffname und Dosis):

____

Weiteres:

____

Vegativum

Schlaf (Ein- u. Durchschlaf, Erholungswert):

____

Stuhl/Wasserlassen:

____

Schwitzen:

____

Attest vom Hausarzt (letztes Check-up):

____

Suchtmittel

Alkohol und Zigaretten:

____

Drogen:

____

Familienanamnese

(Krankheiten, Eltern, Geschwister, Regeln, Beziehungen usw.)

____

____

____

Sozialanamnese

(verheiratet, zusammen, allein, seit wann, wie, Schule, Ausbildung, Job, Stellung Geld Zufriedenheit, Freunde, soziales Netz, Hobbys usw.)

____

____

____

Ziel des Klienten in der Therapie

____

____

4.10.2 Befundbogen

1. Äußere Erscheinung/Sprache/Verhalten

____

2. Bewusstseinsstörungen

Quantitativ (Störungen der Wachheit):

____

Qualitativ (Störungen der Wahrnehmung):

____

Bewusstseinseinengung:

____

Bewusstseinsverschiebung:

____

3. Orientierungsstörungen (Zeit, Ort, Situation, Person):

____

4. Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen

____

5. Formale Denkstörungen: Störungen der Geschwindigkeit, der Kohärenz und Stringenz des Gedankenlaufs

____

6. Zwänge:

____

7. Wahn:

____

8. Wahrnehmungsstörungen:

____

9. Ich-Störungen:

____

10. Störungen der Affektivität

____

11. Antriebsstörungen und psychomotorische Störungen

____

12. Zirkadiane Besonderheiten (Schwankungen durch exogene (Tag-Nacht-Wechsel) oder endogene (Hormone)

____

13. Suizidalität/Fremdgefährdung

____

14. Andere Störungen

____

15. Wichtigsten Gegenübertragungen

Welches Gefühl taucht bei mir auf, während ich mit dem Patienten spreche? Ärger, Langeweile, Wut, Verwirrung …? Könnte es sein, dass sich ein „Gefühl" des Patienten auf mich überträgt? Löst der Patient bei mir alte (unbewusste) Erinnerungen aus? Kann das festgestellte Gefühl für die Diagnostik und die therapeutische Beziehung sinnvoll genutzt werden?

____

____

4.10.3 Behandlungsvertrag

Ich, der/die Unterzeichnende, erteile hiermit verbindlich

[Name]

[Funktion]

[Straße]

[PLZ/Ort]

den Auftrag zur [Therapie/Beratung/Behandlung – je nachdem]

Inhalte/Themen

Gegenstand der sind folgende Probleme, Fragestellungen und/oder Konflikte:

____

____

____

____

Es steht mir frei, weitere Themen in die Beratung einzubringen.

Methoden

Dies schließt Gespräche und Übungen zur Selbsterfahrung und kognitiven Umstrukturierung nach Maßgabe der [Therapie/Beratung/Methoden – je nachdem] ein. Mir sind die Grundzüge der übenden und unterweisenden Selbsthilfetechniken.

____

____

____

____

erläutert worden.

Termine/Kosten

Termine werden für die Behandlung jeweils nach Wunsch verbindlich vereinbart.

Ein Einzeltermin dauert in der Regel 50 Minuten.
Das Beratungshonorar pro Termin beträgt [Betrag] € brutto/netto.* [Je nachdem]

Zahlungsweise und Ausfallregelung

Ich verpflichte mich, das fällige Beratungshonorar jeweils bar am Ende des vereinbarten Termins zu bezahlen, bzw. innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungseingang zu überweisen. Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Kosten der Praxisleistung im Allgemeinen von den Krankenkassen oder Beihilfestellen nicht ersetzt werden, da es sich nicht um eine Heilbehandlung nach § 1 des Heilpraktikergesetztes vom 17.02.1939 handelt. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass etwaige Möglichkeiten einer Kostenübernahme im Voraus mit dem Kostenträger durch mich geklärt werden müssten.

Eine Nichterstattung oder nur Teilerstattung von einem Kostenträger (Privatkrankenkassen) hat keinen Einfluss auf die vereinbarte Kostenforderung der Praxis.

Bei nicht in Anspruch genommenen, fest vereinbarten Terminen schulde ich der Praxis ein Ausfallhonorar in Hohe von 50 % der jeweiligen Gesamtgebühr. Der Ausfallbetrag ist sofort ohne Frist zahlbar.

Die vorstehende Zahlungsverpflichtung tritt nicht ein, wenn ich zwei Werktage vor dem vereinbarten Termin absage oder ohne mein Verschulden, z. B. im Falle einer Erkrankung oder eines Unfalls, am Erscheinen verhindert bin.

Diverses

Die Praxis unterliegt der Schweigepflicht und kann für den Fall der Auskunftserteilung an Kostenträger oder familiäre Bezugspersonen nur von mir von dieser Schweigepflicht schriftlich entbunden werden.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die Beratung keine körperliche Untersuchung und Behandlung durch einen Arzt ersetzt und dass ich bei Beschwerden mit Krankheitswert aufgefordert bin, mich in die Behandlung eines Arztes zu begeben.

Ich bin ebenfalls darüber aufgeklärt worden, dass es, wie bei homöopathischen Heilverfahren, zu einer Erstverschlimmerung von Symptomen kommen kann, welche während der Behandlung oder kurze Zeit darauf, in der Regel wieder abklingen.

Es entsteht kein Werkvertrag: Der Behandlungserfolg kann – wie bei jeder Beratung und entspannungstherapeutische Behandlung – nicht garantiert werden. Dafür entsteht ein Dienstvertrag gemäß § 611 BGB. Die Praxis wendet

anerkannte Verfahren mit größter Sorgfalt und Gewissenhaftigkeit an. Ich arbeite aktiv an meiner Genesung mit.
Der abgeschlossene Behandlungsvertrag kann jederzeit, ohne dass es einer Begründung bedarf, von beiden Partnern jederzeit aufgelöst werden.

____

Name, Vorname

____

Adresse

____

Geburtsdatum

____

Telefon

____

E-Mail

____

Ort/Datum, Unterschrift

* brutto = netto nach Kleinunternehmerregelung gem. § 19 UStG [Je nachdem]

4.10.4 Einverständniserklärung zur Einbeziehung und Information des Hausarztes

____

Name, Vorname

____

Adresse

____

Geburtsdatum

____

Telefon

____

E-Mail

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass

q [Name] mit meinem Hausarzt in Kontakt treten kann.

q mein Hausarzt vor und/oder während der Behandlung mit [Name] in Kontakt treten kann, um mit ihm/-r Schwerpunkte und Inhalte ihrer Behandlung abzustimmen.

q mein Hausarzt einen Befundbericht zu meinen gesundheitlichen Einschränkungen an [Name] erstellen und weiterleiten kann

Anschrift meines Hausarztes:

____

Name, Vorname

____

Adresse

____

Telefon

____

E-Mail

____

Ort/Datum, Unterschrift

4.10.5 Zwischenbericht an den Hausarzt

[Absender]

An

Musterarzt

Musterstraße

PLZ Musterstadt

Zwischenbericht über die Aufnahme einer Psychotherapie:

Herr Frank Mustermann, geboren [Datum]

Ich berichte Ihnen über Ihren Patienten Frank Mustermann, geboren [Datum], wohnhaft in Musterstraße, PLZ Musterstadt.
Ihr Patient befindet sich seit dem [Datum] bei mir in psychotherapeutischer Behandlung.

Diagnose:

Behandlungsgrund:

Spezielle Familienanamnese:

Persönliche Geschichte:

Medizinische Vorgeschichte:

Psychiatrische/psychotherapeutische Vorgeschichte:

Suchtmittel:

Psychischer Befund zu Behandlungsbeginn:

Aussehen und Verhalten:

Affektivität:

Gedankeninhalte:

Inhaltliche Denkstörungen, Störungen des Ich-Erlebens oder der Wahrnehmung:

Kognitiver Status:

Krankheitseinsicht und Therapiemotivation:

Behandlungsplan:

Verlauf:

Anpassungen von Diagnose und Zielen:

Prognose:

Mit freundlichem Gruß

[Unterschrift]

4.10.6 Dokumentation der Behandlungsstunde

Datum

____

Themen

____

Inhalte

____

____

____

____

____

____

Veränderungen zum letzten Mal

____

____

____

____

Hausaufgaben

____

____

Nächster Termin

____

4.10.7 Abschlussbericht

Personendaten

____

Name, Vorname

____

Adresse

____

Geburtsdatum

____

Telefon

____

E-Mail

Verdachtsdiagnose

____

____

Leitsymptom

____

____

Anamnese und Befund

____

____

Wesentliches aus der Biografie

____

____

Gemeinsam erarbeitetes Behandlungsziel

____

____

Art und Umfang der geplanten Behandlung

____

____

Verlauf

____

____

____

____

Behandlungsergebnis

____

____

Empfehlungen

____

____

Kapitel 5:

Psychiatrische Notfälle

5.1 Einführung

Psychiatrische Notfälle sind so vielfältig und so individuell, wie jeder einzelner Betroffene. Sie treten jedoch am häufigsten infolge von Belastungsreaktionen, Drogen- und Alkoholproblemen, Schizophrenien, affektiven Störungen und organischen Psychosen auf.

In Ihrem „normalen" Leben und Ihrer Praxis erleben Sie sie recht selten, umso wichtiger ist es, sich einmal genauer mit dem Thema zu beschäftigen und sich ggf. dafür zu wappnen. Selten haben sie mit der genauen Anamnese und Behandlung zu tun, im Allgemeinen „übergeben" Sie in diesen Fällen an die Psychiatrie.

Zentral sind hier die beiden Begriffen Eigen- und Fremdgefährdung.

Eigen- und Fremdgefährdung

Auf die Themen Selbst- oder Fremdgefährdung werden wir an mehreren anderen Stellen erneut eingehen. Es schadet jedoch nicht, immer wieder aufs Neue zu erwähnen, da hier eine enorme Sensibilität notwendig ist.

Selbst- oder Fremdgefährdung geht von Menschen aus, die aufgrund einer psychischen Störung durch bestimmte Handlungsweisen eine Gefahr für sich oder andere darstellen. Diese können im Notfall gegen ihren Willen in eine psychiatrische Abteilung eines Krankenhauses vorübergehend eingewiesen werden. Auf die rechtlichen Grundlagen werden wir in Folge noch einmal näher eingehen.

Gerade die **Selbstgefährdung** in Form von drohender Suizidalität kann uns in unserer täglichen Praxis begegnen. (Siehe hierzu auch das Kapitel „Suizidalität".) Wichtig ist hier, Kontakt herzustellen und eine Vertrauensbasis aufzubauen, den Betroffenen nicht allein zu lassen – und im Notfall die Polizei zu rufen. So hart es auch klingt. Denn auch wenn Sie in einem konkreten Fall denken, eine Suizidandrohung sei nur ein Hilferuf, müssen sie diese außerordentlich ernst nehmen. **Sobald ein konkreter Suizidplan vorliegt, gilt diese Situation als Notfall!** Fragen Sie bei Unsicherheiten gerne auch beim psychosozialen Dienst Ihres Gesundheitsamtes nach oder bei der nächstgelegenen psychiatrischen Klinik.

Die Gefahr der Selbstgefährdung kann beispielsweise bei schweren Depressionen, akuten organischen oder funktionelle Psychosen bestehen. Auch Anorexie und psychosomatischen Störungen können zu einer Eigengefährdung führen. Dies bedeutet jedoch selten eine Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik, sondern eher in eine psychosomatische Abteilung oder in eine auf dieses Krankheitsbild spezialisierte Klinik.

Betreuungsrechtlich bedeutet eine mögliche Selbstgefährdung zum Beispiel schwerste Verwahrlosung, Nichtbehandlung schwerster körperlicher Leiden oder die Gefahr des Verhungerns oder Erfrierens aufgrund einer psychischen Erkrankung. Dies kommt gelegentlich bei chronischen Psychosen, Demenzen oder schweren Suchterkrankungen in Betracht.

Fremdgefährdung bedeutet, dass Dritte durch eine erkrankte Person in Gefahr geraten. Das kann in Form eines Angriffs sein, wenn der Erkrankte sich unkontrolliert im Straßenverkehr bewegt oder wenn er öffentliche „Rechtsgüter“ attackiert. Eine Fremdgefährdung kann bei akuten organischen Psychosen auftreten, bei manchen Persönlichkeitsstörungen, schizophrenen Störungen oder Drogen-, bzw. Alkoholmissbrauch.

Wichtig ist für den Hinterkopf zu behalten, dass eine **freiheitsbeschränkende oder -entziehende Maßnahme** in einer psychiatrischen Klinik nach dem Unterbringungsgesetz (PsychKG) nur vollzogen werden kann,

- wenn eine psychische Krankheit festgestellt wurde,
- wenn in Folge eine erhebliche Eigen- oder Fremdgefährdung vorliegt,
- wenn die freie Willensbestimmung des Betroffenen krankheitsbedingt stark beeinträchtig ist,
- wenn eine unmittelbare Gefahr für den Betroffenen und/oder Dritte bzw. deren Eigentum besteht,
- wenn objektiv ein Zusammenhang zwischen (psychischer) Erkrankung und drohender Fremd- oder Eigengefährdung vorhanden ist,
- wenn diese Gefahr nur durch die Unterbringung und Behandlung in dieser Klinik abzuwenden ist,
- wenn mit einer Besserung des Krankheitszustands in Folge der Behandlung in besagter Klinik gerechnet werden kann.

5.2 Suizidalität

Suizidalität ist keine Erkrankung und wird auch aus der Sicht von unterschiedlichen Kulturen und Weltanschauung unterschiedlich gesehen. Allgemein ist jedoch zu sagen, dass Suizidalität für die Gesamtmenge der Energien eines Menschen steht, die zu einer Selbstvernichtung führen soll und meist ein Ausdruck einer Einengung durch Belastungssituationen (objektiv oder subjektiv empfunden) oder durch Störungen des Erlebens und Empfindens, die körperlich oder psychisch begründet sind, ist. Die WHO geht von weltweit ca. einer Million Suizide im Jahr aus, in der BRD von ungefähr 12.000 Suiziden.

Ein paar interessante Fakten[8]:

- Männer begehen ca. drei bis vier mal häufiger und härter (Erhängen, Erschießen, Öffnen der Pulsadern, Sprung aus großer Höhe etc.) Suizid als Frauen, diese verüben jedoch häufiger Suizidversuche (ca. dreimal häufiger) und benutzen weichere Methoden (zum Beispiel Medikamente).
- Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen (12 bis 24 Jahre) gilt der Suizid nach Verkehrsunfällen als zweithäufigste Todesursache.
- Im Alter steigt das Suizidrisiko, die Anzahl der Suizidversuche nimmt jedoch ab.
- Außerdem ist das Suizidrisiko in der Stadt höher als auf dem Land.
- Gläubige Menschen begehen seltener Suizid als Ungläubige.
- Gefährdet sind arbeitslose, sozial isolierte, chronisch Kranke und existentiell bedrohte Menschen, außerdem Suchtkranke.
- Im Frühling und im Sommer (!) sind Suizide am häufigsten.
- 30 % der Menschen beschäftigen sich zumindest einmal im Leben mit Suizid – 2 % führen ihn zumindest einmal durch.
- Eine psychische Erkrankung liegt bei ca. 90 % der Betroffenen vor, zumeist handelt es sich um Depression, es folgen Alkoholismus, Schizophrenien schließlich Persönlichkeitsstörungen und Angsterkrankungen.
- Psychotiker wählen eher harte Suizid-Methoden.
- Hauptmethode ist die Vergiftung, es folgen Schnitt- und Stichverletzungen, schließlich absichtlich herbeigeführte Verkehrsunfälle, Erhängen und Hinunterstürzen.
- Zweidrittel der Betroffenen kündigen vorher ihren Suizid an.
- Im Zeitraum von zwölf Monaten nach einem Suizidversuch liegt die Wahrscheinlichkeit eines werten Suizidversuchs bei 35 bis 50 %, 10 % sterben.
- In den letzten Jahren ist die Suizidrate leicht rückläufig.

---

8 u. a. aus: Lieb, Prof. Dr. med. Klaus; Frauenknecht, Dr. med. Sabine; Brunnhuber, Dr. med. Dr. rer. soc. MA phol. Stefan: Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie. Verlag Elsevier, München, 2009 (6. Auflage).

Eine suizidale Handlung wird bewusst und selbst (oder beauftragt) durchgeführt und hat den eigenen Tod als Ziel. Führt die Handlung nicht zum Ziel, spricht man von einem **Suizidversuch**. Wenn eine suizidale Handlung nicht zum Tod führt, jedoch durch sie eine grundlegende Veränderung im Leben angestrebt wird, spricht man von einer **parasuizidalen Handlung**.

Sonderformen des Suizides sind:

- **Bilanzsuizid:** Der Suizid erscheint als logische Konsequenz aus einer aussichtslosen Situation heraus und wird rational durchgeplant.
- **Gemeinsamer Suizid:** Mehr als zwei Personen begehen in gemeinsamem Einvernehmen Suizid.
- **Erweiterter Suizid (oder Mitnahmesuizid):** Im Rahmen des eigenen Suizides nimmt der Betroffene gegen ihren Willen andere Personen mit in den Tod.
- **Protrahierter Suizid:** Selbstschädigendes Verhalten zum Beispiel durch eine Suchterkrankung oder eine Essstörung.
- **Kindersuizid:** Selten und lässt sich oft nicht von Unfällen abgrenzen.
- **Alterssuizid:** Ab dem Alter von 60 Jahren als Folge zum Beispiel von Selbstaufgabe oder Angst vor schwerer Krankheit.
- **Suizid als politisches Mittel:** Meist als Terrorakt oder Protestaktion.

Gründe für einen Suizid sind vielfältig, Aspekte sind aber vor allem Autoaggression, appellative Gründe (Hilfeschrei), Fremdaggression (Rache, Vorwürfe) oder Fluchtmotive (heraus aus einer Situation kommen zu wollen).

Wie drückt sich eine Suizidgefahr aus?

Kaum ein Bereich ist kniffeliger, als die Suizidgefährdung eines Gegenübers einzuschätzen. Zunächst einmal: **Jede Androhung muss ernst genommen werden!** Auch bei Hilfeschreien in Sätzen wie „Ich will nicht mehr.“, „Ich kann nicht mehr.“, „Das hat doch alles keinen Sinn mehr.“ sollten hellhörig machen. Verfallen Sie nie dem Irrtum zu denken, dass wer vom Suizid spreche, ihn nicht durchführe. Das Gegenteil ist der Fall.

Nützlich bei dieser Frage ist es, vom präsuzidalen Syndrom nach dem **Psychiater Erwin Ringel** auszugehen. Er spricht von **drei Phasen der Suizidalität**:

- **Einengung:** Denken und Handeln werden immer mehr eingeengt. Der Betroffene isoliert sich, bricht soziale Kontakte ab, kann vereinsamen.
- **Aggressionsumkehr: (**Gehemmte) Aggressionen wenden sich zunehmend nicht mehr nach außen, sondern nach innen, gegen den Betroffenen selbst.
- **Suizidfantasien:** Der Betroffene fühlt sich seinem Leben gegenüber nicht mehr gewachsen und entwickelt erste Todesphantasien. Er lebt zunehmend in einer Scheinwelt, in der Tod und Suizid immer mehr im Mittelpunkt sehen.

Ein weiteres Drei-Phasen Modell spricht von:

- **1. Erwägungsphase:** Überlegung, wie es wäre, Tod zu sein, Beschäftigung mit Suizid.
- **2. Ambivalenzphase:** Abwägung zwischen Leben und Tod. Suizid ist eine Option zur Lösung der Probleme, jedoch gibt es noch Gründe, am Leben zu bleiben. Der Betroffene ist hier noch unentschlossen und ansprechbar.
- **3. Entschlussphase:** Der Betroffene ist fest entschlossen, Suizid zu begehen. Er plant ruhig, ohne jeden Zweifel, ja erleichtert. Man spricht hier von der berühmten „Ruhe vor dem Sturm".

Sprechen Sie bei einem Verdacht den Betroffenen auf jeden Fall offen und direkt auf seine Suizidgedanken an; thematisieren Sie auch ruhig die Suizidart (inklusive aller Problematiken drumherum). Sagen Sie ruhig: „Wenn Sie sich jetzt unter den Zug werfen, traumatisieren Sie aber den Zugführer und die Passagiere ganz fürchterlich." Suchen sie gemeinsam mit ihm nach Ressourcen und Möglichkeiten, aus der bestehenden Situation heraus zu kommen und bringen Sie sich auch ruhig selbst mit Ihren Gefühlen ein. Legen Sie nächste Schritte fest, schließen Sie eine Art Vertrag mit dem Betroffenen.

Hilfreich ist für Sie als möglichem Gegenüber eines Suizidgefährdeten auch, ein paar Fragen im Hinterkopf zu haben:

- *„Hatten Sie schon einmal in der letzten Zeit den Gedanken gehabt, Ihrem Leben ein Ende zu bereiten?"*
- *„Haben Sie sich zuletzt immer mehr zurückgezogen? Haben Sie auf nichts mehr Lust?"*
- *„Haben Sie Pläne für Ihre Zukunft?"*
- *„Haben Sie jemandem, mit dem sie schon darüber gesprochen haben?"*
- *„Drängt sich der Gedanke, sich das Leben zu nehmen, bei Ihnen immer wieder auf, auch wenn sie es eigentlich nicht wollen?"*
- *„Haben Sie Aggressionen gegenüber jemand anderem, die sie aber nicht anbringen können?"*
- *„Haben Sie konkrete Ideen, wie sie sich umbringen würden?"*

Auf jeden Fall ist bei der Gefahr eines Suizides eine Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik angebracht – notfalls auch gegen den Willen des Betroffenen.

Hier gelten die Unterbringungsgesetze zur freiheitsentziehenden Zwangsunterbringung des jeweiligen Bundeslandes. (Besorgen Sie sich möglichst einmal das Ihrige.) Auch hierauf gehen wir in Folge noch einmal genauer ein.
Fragen Sie bei Unsicherheiten gerne auch beim psychosozialen Dienst Ihres Gesundheitsamtes nach oder bei der nächstgelegenen psychiatrischen Klinik. In einer konkreten kritischen Situation rufen Sie bitte die Polizei.

Beachten Sie, dass Suizid für den, der ihn begeht, nicht strafbar ist, sie sich aber unterlassener Hilfeleistung schuldig machen, wenn Sie nichts unternehmen.

5.3 Akute Angst- und Erregungszustände

Akute Angst- und Erregungszustände zeichnen sich durch

- Unruhe
- Agitiertheit (gesteigerte, ziellose motorische Aktivität)
- vegetative Symptome (Zittern, Tachykardie (Herzrasen), Dyspnoe (Atemnot) oder Schweißausbrüche)
- Aggressivität

aus.

Sie können unterschiedlichste Ursachen haben von Panikattacken, Psychosen über Intoxikationen oder auch eine posttraumatische Belastungsstörung oder ängstlich-agitierte Depression. Beachten Sie aber bitte auch die (organischen) Differentialdiagnosen, wie Epilepsie, Hypoglykämie (erhöhter Zuckerspiegel), Entzugsdelir u. v. m.

Rufen Sie hier möglichst einen Notarzt, der eine entsprechende Medikamentation vornehmen kann. Dosis und Auswahl richten sich dabei nach dem klinischen Hauptsyndrom. So wird bei Angstzuständen durch den Arzt oftmals ein Benzodiazepin verabreicht, bei starken, aggressiven Erregungszuständen ggf. hochdosiert Lorazepam, Valproinsäure und/oder ein Neuroleptikum, bei einer deliranten Entzugssymptomatik Clomethiazol oder bei einer intermittierenden Störung längerfristig ein Serotonin-Wiederaufnahmehemmer. Das muss jedoch im Einzelfall entschieden werden.

Bei Selbst- oder Fremdgefährdung muss der Betroffene zur Überwachung in ein psychiatrisches Krankenhaus eingeliefert und/oder es müssen entsprechende Sicherungsmaßnahmen ergriffen werden.

5.4 Akute Psychose

Die Symptome einer akuten Psychose ähnelt der einer schizophrenen Psychose mit

- optischen oder akustischen Halluzinationen
- Wahn
- zerfahrenem Gedankengang

Für Außenstehende besonders erschreckend können die

- hohe motorische Unruhe
- unmotivierte Gefühlsausbrüche wie Lachen, Weinen oder Schreien oder
- die verringerte sensorische Selektionsfähigkeit

sein.

Betroffen sind häufig junge Erwachsene. Die akute Psychose (nach dem ICD-10 F 23.0 bis F 23.9) beginnt abrupt, verläuft innerhalb weniger Tage und bildet sich auch wieder schnell zurück.

Die Ursachen können vielfältig sein. Sie können körperlicher oder auch psychischer Art sein, wie eine Manie, Persönlichkeitsstörung oder eine Schizophrenie. Sie kann sich aber auch aus einer akuten Belastungssituation ergeben, wie einem Todesfall, Verlust des Partners etc. Dies festzustellen, obliegt jedoch einem Facharzt.

Organisch differentialdiagnostisch muss man zum Beispiel einen Alkoholrausch, eine Epilepsie, das Parkinson Syndrom , einen Hirntumor, Demenz, Migräne u. v. m. im Hinterkopf halten.

Auch hier gilt: Es muss die entsprechende Medikamentation (zum Beispiel Haloperidol, Promethazin, Diazepan oder Zuclopenthixol) ärztlich verabreicht werden, bei Selbst- oder Fremdgefährdung muss der Betroffene zur Überwachung in eine psychiatrische Klinik eingeliefert und/oder es müssen entsprechende Sicherungsmaßnahmen ergriffen werden.

Eine Vorstellung bei einem Psychiater ist auf jeden Fall notwendig.

5.5 Intoxikationen

Intoxikationen bedürfen einer sofortigen internistischen Betreuung, zudem es sich oftmals um Misch-Intoxikationen handelt. Entsprechend der zugeführten Substanzen kommt es auch zu unterschiedlichen Symptomatiken und Komplikationen.

Hier einige Beispiele:

	Symptomatik	**Komplikationen**
Alkohol	Verwaschene Sprache, Aggressivität, Unkontrolliertheit, eingeschränktes Urteilsvermögen, Alkoholfahne, Ataxie (Störung der Bewegungskoordination), Regulationsstörung des Blutdrucks, Vigilanzstörungen (reduzierte Wachheit)	Sturz, Krampfanfälle, Atemstillstand, Absenkung des Blutzuckerspiegels, Ersticken an Erbrochenem, Erfrierungen
Tranquilizer/Hypnotika	Schläfrigkeit bis hin zum Koma, Areflexie (vollständiges Fehlen eines oder mehrerer Reflexe), Ataxie (Störung der Bewegungskoordination), Nystagmus (unkontrollierbare, rhythmische Bewegungen des Auges)	Atemstillstand
Trizyklische Antidepressiva	trockene Haut, Harnverhalt, beschleunigter Puls mit lebensbedrohlichen Arhytmien, psychomotorische Unruhe, Hyperthermie, Krampfneigung, Delir	-
Lithium	Dehydration, verlangsamter Herzschlag	-
Opiate	gestörte Reaktion der Pupille, erniedrigter Blutdruck, verlangsamter Puls, Hypothermie, Herabsetzung der Reflexe, Atemstillstand, Koma	Atemlähmung
Kokain/Amphetamine	Weite Pupillen, Hyperthermie, beschleunigter Puls, gesteigerte Spontanmotorik, gesteigerter Rededrang, optische und akustische Halluzinationen, Krämpfe, Herzrhythmusstörungen, Herzversagen, gelegentlich Nasenschleimhautentzündungen, Koma	Atemdepression, Hirnblutungen, Kreislaufversagen
Cannabis/Halluzinogene	vergrößerte Pupillen, Hyperthermie, beschleunigter Puls, Panikattacken, gesteigerte Spontanmotorik, gerötete Bindehaut, optische und akustische Halluzinationen	Kreislaufversagen

Rufen Sie bei einer Intoxikation sofort den Notarzt! Er wird die entsprechenden Schritte mit etwaiger notwendigen Medikamentation einleiten.

5.6 Delirante Syndrome

Delirante Syndrome können aus unterschiedlichen Gründen vorkommen. Bekannt sind vor allem der Alkohol- oder Medikamententzugsdelir, Ursachen können aber auch eine Nieren-, Leber- oder Herzinsuffizienz, Enzephalitiden (Entzündungen einzelner Bereiche des Gehirns), eine Sepsis („Blutvergiftung“) und vieles mehr sein. Der Beginn ist akut und die Dauer maximal bis sechs Monate.

Sie äußern sich durch

- Desorientiertheit mit wechselnder Bewusstseinslage
- abrupten Stimmungswechsel
- motorische Unruhe bis hin zu hochgradiger Erregung
- Nesteln (zum Beispiel an der Bettdecke)
- eine erhöhte Suggestibilität
- optische Halluzinationen („weiße Mäuse“) und illusionäre Verkennungen oder auch Wahn
- Vegetative Entgleisungen sind möglich (Tachykardie, Schwitzen, Fieber, Bluthochdruck, Tremor).

Delirante Syndrome sind ein schwerwiegender Notfall, da 25 % der Fälle unbehandelt tödlich verlaufen. Daher bei Verdacht bitte sofort den Notarzt anrufen. Ein Delir verlangt eine stationäre Aufnahme.

5.7 Verwirrtheitszustände

Auch Verwirrtheitszustände können unterschiedliche Ursachen haben - von harmlos bis besorgniserregend:
Das können zum Beispiel ein niedriger Flüssigkeitshaushalt, Medikamentennebenwirkungen, Intoxikationen (zum Beispiel durch einen hohen Alkoholkonsum), Enzephalitiden (Entzündungen einzelner Bereiche des Gehirns), Schädel-Hirn-Traumata, ein Schlaganfall, ein Gehirntumor, aber auch Stress, Schizophrenie, Manie, Depression, Panikstörungen u. v. m. sein.

Hier sind gleichzeitig Differenzialdiagnosen zu Erkrankungen wie Demenz, Epilepsien, intrakranielle Blutungen etc. notwendig.

Verwirrtheitszustände äußern sich durch

- Desorientiertheit
- Rastlosigkeit und Unsicherheit
- einem verlangsamten Auffassungsvermögen
- verzögerte Gedankengänge
- eine ungesteuerte Psychomotorik
- gelegentlich gereiztes Verhalten bis hin zu Erregungszuständen

Wie notwendig es ist, einen Notarzt zu rufen, ist manchmal schwer abzuschätzen. Im Zweifel: Tun Sie es!

5.8 Katatone Syndrome

Das katatone Syndrom zeichnet sich durch unterschiedliche Symptome aus. Ihnen allen zu eigen ist, dass es sich um eine Auslenkung der Willkürmotorik handelt. Diese können unterschiedliche Formen in unterschiedlichen Ausprägungen haben – von der motorischen Hemmung, dem Stupor, der wächsernen Biegsamkeit, der Katalepsie, über das Grimassieren, den Parkinesien, den Stereotypen, dem Raptus bis hin zu Mutismus, Echolalie oder Verbigeration. Einige dieser Begriffe haben wir ja bereits im Kapitel 3 – Grundbegriffe beschrieben.

Ursachen ergeben sich aus einer Vielfalt an psychischen Erkrankungen. Zum Beispiel:

- bei einer Schizophrenie
- bei einer Depression
- bei organischen Psychosyndromen
- bei der dissoziativen Störung

Ein katatones Syndrom bedarf einer sofortigen stationären Aufnahme in einer psychiatrischen Klinik.

5.9 Neuroleptika-induzierte Syndrome

Neuroleptika können diverse Nebenwirkungen haben, von denen einige zu Notfallsituationen führen können. (Raten Sie aber bitte **niemals** einem Betroffenen, sein Neuroleptika abzusetzen. Es hat schon einen guten Grund, warum er/sie dieses nimmt.) Man unterteilt die neuroleptika-induzierten Syndrome in klassische neuroleptika-induzierte Motorik (Frühdiskinesien, Akahisie, Parkinsonoid und Spätdykinisien), und Nebenwirkungen unter atypischen und niederpotenten Neuroleptika sowie das maligne neuroleptische Syndrom.

Während die klassischen Nebenwirkungen im Allgemeinen nicht zu einem Notfall führen und „nur" den Besuch bei einem Facharzt empfehlen, ist das **maligne neuroleptische Syndrom** lebensbedrohlich. Es tritt wenn, dann zumeist vier Wochen nach Therapiebeginn, bzw. -umstellung auf.

Es zeichnet sich aus durch:

- Fieber, starkes Schwitzen, Herzrasen und gesteigerte Atemfrequenz
- Harn-/Stuhlinkontinenz oder Harnverhalt
- Bewusstseinsstörungen bis hin zum Koma
- Stupor, Mutismus
- Verwirrtheit
- Akinese, Rigor
- Hyporeflexie (herabgesetzte Intensität eines oder mehrerer Reflexe)
- Blickkrämpfe, Trismus (Krampf der Kaumuskulatur), Opisthotonus (Krampf der Muskulatur des Rückens und des Halses)
- gelegentlich Tremor
- Ausgeprägte Werte der Enzyme Creatinkinase und Transaminase, erhöhte Leukozyten-Werte (weiße Blutkörperchen)
- metabolische Azidose (Störung des Säuren-Basen-Haushaltes)

In diesem Fall wird ausnahmsweise bei einem Verdachtsfall das Neuroleptika **sofort** abgesetzt (jedoch nicht durch uns als Heilpraktiker (Psychotherapie)!) und der Patient eingewiesen (Hier werden eventuell Dopamin-Agonisten verabreicht.)

Differenzialdiagnostisch sollte die perniziöse (febrile) Katatonie beachtet werden, die ebenfalls lebensbedrohlich ist und sich durch eine Störung der Motorik (Stupor, Katalepsie, psychomotorische Erregung und Stereotypen) und des Antriebs auszeichnet.

5.10 Vorgehensweisen bei psychiatrischen Notfällen

Hier ein paar Verhaltensregeln im Falle von psychiatrischen Notfällen:

- Bleiben Sie ruhig und geduldig!
- Schaffen Sie einen geschützten Raum.
- Klären Sie ab, wie sich beim Betroffenen Bewusstsein, Motorik, Krankheitseinsicht, produktive Symptome, Suizidalität und Fremdgefährdung gestalten.
- Rufen Sie je nach Bedarf die Polizei (Suizidalität) oder den Notarzt und/oder setzen Sie sich mit Ihrem zuständigen psychosozialen Dienst in Verbindung. (Siehe hierzu das entsprechende Kapitel.)
- Üben Sie dem Betroffenen gegenüber uneingeschränkte Akzeptanz.
- Treten sie forsch gegenüber aggressiven Betroffenen auf. Vermeiden Sie jedoch Provokationen.
- Vertrauen Sie Ihrer Angst, bleiben Sie nicht alleine.
- Erklären Sie ihr Vorgehen selbst desorientierten, verwirrten oder psychotischen Betroffenen.
- Bleiben Sie offen und ehrlich.
- Arbeiten Sie mit „talk down“ (Beruhigung einer Person durch besänftigende Worte).
- Überlassen Sie etwaige Behandlungen den Fachleuten!!!!!!! (Heben Sie möglichst schnellst zugänglich die entsprechenden Kontaktdaten auf.)

Kapitel 6:

Therapeutische

Maßnahmen

6.1 Einführung

Psychotherapeutische Verfahren – zur Heilung der Seele – gibt es viele. Gibt es DAS Richtige? Das genau passende Verfahren auszuwählen richtet sich nach der Erkrankung, nach dem Patienten und nach der persönlichen Ausrichtung.

Nicht jede therapeutische Richtung kann jede Erkrankung optimal behandeln, nicht jeder Patient nimmt jede Art der Therapie an. Wählen Sie daher genau. Und wenn Sie merken, es passt für Sie, die Erkrankung oder Ihren Patienten nicht, empfehlen sie ihm notfalls eine andere Behandlung bei einem anderen Therapeuten. Zum Wohle des Patienten – und auch dem Ihren.

Selbstverständlich können therapeutische Maßnahmen auch multimodular angewandt werden (und sollten es zumeist auch) – zum Beispiel eine Gesprächspsychotherapie gemeinsam mit Entspannungsverfahren oder einer Hypnotherapie. Oder auch eine Verhaltenstherapie kombiniert mit Psychopharmaka. Ebenso kann man therapeutisch in Einzel- oder Gruppensitzungen oder in einer Kombination aus beiden arbeiten. Es hängt immer von dem individuellen Fall ab.

Grob unterteilt man:

- Psychotherapeutische Verfahren
- Soziotherapie
- Psychoedukation
- Psychopharmakatherapie
- Nicht-pharmakologische biologische Verfahren

6.2 Psychotherapie

6.2.1 Einführung

Eine Psychotherapie definiert sich als

- Diagnose und Behandlung
- in einer speziellen Form der menschlichen Beziehung
- von psychisch begründbaren Erkrankungen, Verhaltensstörungen oder Leiden
- mit psychologischen Verfahren
- auf wissenschaftlicher Grundlage
- ohne Medikation
- mit dem Ziel für den/die Betroffene eine gewünschte Veränderung zu erzielen, Leiden zu vermindern und/oder zu heilen.

Wichtig für eine erfolgreiche Psychotherapie ist ein stimmiges Therapeuten-Klienten-Verhältnis. Es muss vertrauensvoll sein, der Therapeut muss die nötigen Fachkenntnisse haben und sich durch Empathie und Echtheit auszeichnen. Nur so kann sich der Patient wirklich öffnen. Natürlich sollte jeder Therapeut seine Grenzen kennen – und auch die Grenzen seiner Therapiemethode. Wie schon gesagt, gibt es nicht die generell passende Methode, sie muss dem Fall entsprechend zielführend angewandt werden können. Der Markt der Methoden ist verwirrend groß, was vor allem historisch begründet ist. (Auf die historische Entwicklung der Behandlung psychisch erkrankter Personen sind wir ja bereits in Kapitel 2.2 eingegangen.) Mit der Zeit haben sich verschiedenste Psychotherapie-Schulen entwickelt.

Hauptgruppen sind

- kognitive-behaviorale Therapien (Verhaltenstherapie)
- tiefenpsychologische Therapien (zum Beispiel die Psychoanalyse)
- humanistische Therapien (zum Beispiel die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie nach Carl Rogers oder die Gestalttherapie)
- systemische und interpersonelle Therapien (zum Beispiel die Paar- und Familientherapie)
- spezielle Therapien (zum Beispiel Entspannungsverfahren oder Hypnosetherapie)

Aktuell anerkannte Verfahren, die auch – durchgeführt durch entsprechend anerkannte Psychotherapeuten oder Psychiatern – von den Krankenkassen übernommen werden, sind die kognitiv-behaviorale (Verhaltens-)Therapie, tiefenpsychologische Verfahren (Psychoanalyse) und die Gesprächspsychotherapie.

6.2.2 Verhaltenstherapie und kognitive Therapie

Die Verhaltenstherapie begann ihre Entwicklung in den 50er Jahren mit der empirischen Untersuchung von Lernprozessen – und daraus der Steuerung von Verhalten. Seit den 70er Jahren beschäftigte man sich zusätzlich im Kognitivismus mit den intrapsychischen Prozessen und therapeutischen Möglichkeiten, psychische Erkrankung zu behandeln. Berühmte Namen sind dabei Skinner und Kanfer. Heutzutage ist sie eine Sammlung verschiedener Techniken, die alle eine Gemeinsamkeit haben: die Hilfe zur Selbsthilfe.

Die Verhaltensforschung beschäftigt sich nicht mit dem Inneren des Menschen, sondern mit seiner sozialen Umgebung und seiner Interaktion mit ihr. Therapeutisch geht es hier um die Ausbildung der Selbstregulation bei psychischen Problemen.

Als Basis dienen dabei zwei Modelle:

- **Klassische Konditionierung-** Wer hat noch nichts vom Pawlow'schen Hund gehört? Der Wissenschaftler Iwan Petoitsch Pawlow beobachtete am Anfang des 20 Jahrhundert, dass ein Hund, wurde ihm Futter präsentiert (unkonditionierter Reiz), mit Speichelfluss reagiert (unkonditionierte Reaktion). Wird nun mehrmals vor der Präsentation des Futters ein (neutraler) Reiz, wie das Läuten einer Glocke, angeboten, reagiert der Hund bei diesem Ton (konditionierter Stimulus) auch mit Speichelfluss, selbst wenn kein Futter bereitgestellt wird.

- **Operantes (instrumentelles) Konditionieren -** Die Wissenschaftler Edward Thorndike und Burrhus F. Skinner experimentierten in Folge mit einem modifizierten Verfahren. Sie erweiterten die klassische Konditionierung um das Element „Konsequenz“. Verhalten wird belohnt oder bestraft. Sie stellten fest, dass Verhalten, das bestraft wird, mit der Zeit abnimmt, jenes das belohnt wird nimmt zu. Eine sehr wirksame Zwischenform ist die der intermittierenden Verstärkung, die nicht regelmäßig stattfindet, sondern nur punktuell. Diese ist besonders nachhaltig.

Es gibt fünf verschiedene Verstärker:

- positive Verstärkung – Belohnung
- negative Verstärkung – Wegfall einer negativen Konsequenz
- indirekte Bestrafung – Wegfall einer positiven Konsequenz
- direkte Bestrafung – Bestrafung
- Löschung (Time-out) – keine (positiven) Verstärker für eine bestimmte Zeit

Skinner prägte in diesem Zusammenhang den Begriff des Individuums als „Black Box“, sprich er betrachtete nur das, was er als Verhalten wahrnehmen konnte.

In den 60er Jahren konzentrierte sich die Verhaltensforschung zusätzlich auf das „**Modell-Lernen**“ (Albert Bandura), also dem Lernen an Vorbildern, in den 70er Jahren wurden zunehmend innere Prozesse mit in die Betrachtung einbezogen. (Hier hervorzuheben als Väter der „**kognitiven Wende**“: Ellis und A.T. Beck.) Nun wurden Kognitionen als Instanzen gesehen, um emotionale, physiologische, motorische und motivationale Prozesse zu kontrollieren und zu steuern. Außerdem wurden zusätzlich gesellschaftliche Bedingungen für Verhalten mit einbezogen (**sozialpsychologische Wende**).

Heutzutage existieren unterschiedliche Möglichkeiten der Interventionen in der Verhaltenstherapie auf Basis verschiedenster Strategien, die zumeist gezielt kombiniert werden.

Folgende Punkte sind bei allen verhaltenstherapeutischen Methoden gleich:

- Orientierung an der empirischen Psychologie
- Problemorientierung (inklusive Transfer der Lösungen auf andere Lebensbereiche)
- Konzentration auf die Prädispositionen und auslösenden sowie aufrechterhaltenden Bedingungen
- absolut Transparenz
- Ziel- und Handlungsorientierung
- Hilfe zur Selbsthilfe

Anwendung

Anwendung findet die Verhaltenstherapie heutzutage als dynamischer Prozess des Lernens und des Lösens von Problemen bei Angststörungen oder Zwangsstörungen, aber auch bei der posttraumatischen Belastungsstörung, bei Depressionen oder der Insomnie.

Therapieverlauf

Vom **Ablauf** einer **Therapie** her kann man sich an dem Sieben-Phasen-Modell nach Kanfer orientieren:

1. Günstige Ausgangsbedingungen schaffen, eine therapeutische Beziehung aufbauen (Klärung der Problematik, Erwartungshaltungen, Diagnostik, Vertrauen aufbauen, Hoffnung vermitteln)
2. Änderungsmotivation analysieren und aufbauen (Motivation klären, Konsequenzen der Veränderung ermitteln)
3. Analyse von Verhalten und Problem (transparente Erarbeitung – ggf. anhand des S(E)ORK-Modells[9])
4. Analyse des Ziels, Behandlungsinhalte vereinbaren (Formulierung von Zielen – inklusive Teilzielen, Prioritäten setzen, Interventionen Planen, Akzeptanz und Bereitschaft zur aktiven Mitarbeit des Patienten einholen)

---

9 **S(E)ORK: Situation, Erwartung, Organismus, Reaktion, Konsequenzen**

5. Durchführung der Intervention(en)
6. Fortschritte Registrieren und Bewerten (Evaluation, weiteres Vorgehen entscheiden)
7. Optimierung, Generalisierung (Transfer auf den Alltag, Festigung, Prophylaxe, Beendigung der Therapie)

In der **Diagnostik** ist es wichtig, komplett zu erfassen, wann die Problematik ihren Ursprung hatte (Entwicklungs- und Lerngeschichte), wann und wie sie auftreten (Verhaltens- und Problemanalyse nach dem S(E)ORK-Modell) – und ob es gegebenenfalls aufrechterhaltende Bedingungen gibt (zum Beispiel liebende Fürsorge der Familie im Zusammenhang mit der Störung). In diesem Zusammenhang ist auch die Therapie-**Motivation** ausschlaggebend.

Verfahren und Techniken

Die Therapieverfahren richten sich nach den Therapieinhalten und -zielen.

- Reizkonfrontation
  - systematische Desensibilisierung (Aufstellung einer Angsthierarchie, Entspannungstraining, Vorstellung des Angstobjekts (gedanklich), Vorstellung mit Steigerung in der Angsthierarchie, Konfrontation mit der Realität)
  - Exposition in vivo (Exposition in der angstmachenden realistischen Situation)
  - Exposition in sensu (Vorstellung der Exposition in der angstmachenden Situation zum Beispiel bei der Posttraumatischen Belastungsstörung oder bei Zwangsgedanken)
  - Flooding (extreme Reizkonfrontation in Situationen, die starke Angst auslösen, an mehreren aneinander folgenden Tagen, jeweils sechs bis acht Stunden)
- Operante Methoden
  - Operante Methoden zum Aufbau von Verhalten (positive und negative Verstärkung zum Beispiel bei einem kontingenten Gewichtsvertrag bei Patientinnen mit Anorexie, Stimuluskontrolle (zum Beispiel das aktive Entfernen von Zigarettenschachteln aus dem direkten Blickfeld), Aufbau komplexerer Verhaltensweisen (Schritt-für-Schritt-Erlernen von Fähigkeiten))
  - Operante Methoden zum Abbau von Verhalten (Löschung – Entfernung aller positiven Verstärker, Time-out (Entfernung aller Verstärker) (zum Beispiel erhält das schreiende Kind an der Supermarktkasse von der Mutter keine Süßigkeiten))
  - Kontingenzmanagement (komplexe Verfahren, wie das Abschließen von Verträgen oder das Token Economies (Fleißkärtchen))
- Modell-Lernen (beobachten, nachahmen und lernen von Vorbildern oder anderen Gruppenmitgliedern, bzw. den Therapeuten)
- Aufbau von Kompetenzen (Problemlösungstraining, bzw. Training sozialer Kompetenz über Analyse, Lösungsentwicklung, Bewertung, Entscheidung, Planung und Umsetzung der Strategie, Bewertung der Strategie)

- Kognitive Verfahren
  - Rational-emotive Therapie (RET) nach Ellis (Bearbeitung von irrationalen Denkmustern (siehe auch unten: „Denkfehler in der kognitiven Therapie nach Beck“), die zu nicht angebrachten Emotionen oder Verhalten führen, hin zu einer realistischen Einstellung)
  - Kognitive Therapie nach Beck (Spezielle Behandlung bei Depressionen, aber auch bei anderen Störungen: Verzerrte Kognitionen, automatische Gedanken einer negativen Sichtweise auf sich selbst, seine Umwelt und die Zukunft werden durch Selbstbeobachtung überprüft und ggf. umbewertet.)
  - Methoden der Selbstverbalisation (Durch Veränderungen im „internalisierten Sprechen“, dem inneren Sprechen mit sich selbst, werden psychische Störungen positiv beeinflusst.)
- Selbstkontrollverfahren, Selbstmanagement (selbständiges aktives Verändern problematischen Verhaltens über Selbstbeobachtung, Stimuluskontrolle und/oder Selbstverstärkung)

Was ist zu beachten? Die Wirksamkeit der Exposionsverfahren ist sehr gut, setzt aber, da sehr anstrengend, eine intensive Diagnostik und genaue Aufklärung des Betroffenen voraus.

Exkurs: Denkfehler in der kognitiven Therapie nach Beck

Laut dem „Vater des Kognitivismus“ Aaron T. Beck führen irrationale Denkmuster zu störenden Emotionen oder kritischem Verhalten. Er spricht von verschiedenen Arten von Denkfehlern, so zum Beispiel:

- **Übergeneralisierung:** Auf Basis eines einzigen Vorfalles wird eine allgemeine Regel für verschiedene andere Situationen aufgestellt.
- **Dichotomes Denken** (Alles oder Nichts): Leistungen oder Situationen werden nur polarisiert wahrgenommen. Abstufungen fehlen.
- **Personalisierung:** Ereignisse werden ohne Begründung auf sich selbst bezogen.
- **Katastrophisierendes Denken:** Die Zukunft wird als bedrohlich und negativ empfunden, Katastrophen werden prophezeit.
- **Selektive Abstraktion:** Ein einzelner negativer Aspekt wird aus einem Geschehen gezogen und überbetont, positive Seiten werden nicht berücksichtigt.
- **Emotionale Beweisführung:** Ein Gefühl wird als Beweis für einen Gedanken genommen. Rationale Argumente werden außen vor gelassen.
- **Maximieren und Minimierung:** Negatives wird übertrieben, Positives untertrieben.
- **Gedankenlesen:** Man vermeint, die Gedanken der Anderen (ohne nachzufragen) zu kennen.
- **Imperative Sätze:** Der Betroffene geht von bestimmten Ordnungen, Normen, Maßstäben aus (man müsste, sollte).

6.2.3 Psychoanalyse und tiefenpsychologisch orientierte Verfahren

Die Psychoanalyse hat eine lange Geschichte. Sie wurde am Ende des 19. Jahrhunderts durch Sigmund Freund – anfänglich in Zusammenarbeit mit dem Wiener Arzt Josef Breuer – begründet und diente als Basis für die weiteren verschiedenen Richtungen der Tiefenpsychologie. Anders als der Begriff „Analyse“ implizieren könne, geht die Psychoanalyse einen Schritt weiter als die reine Beschreibung und Erklärung von Ursachen psychischer Erkrankungen, sie beschreibt auch eine spezielle Form der Therapie.

Grundlagen

Idee hinter der Psychoanalyse ist die Untersuchung des menschlichen Denkens, Erlebens und Verhaltens und der Untersuchung des Inneren und der Vergangenheit als Ursprung möglicher Störungen dieser „Oberfläche“. Freud propagierte, dass der Ursprung unserer psychischen Gesundheit oder Krankheit in den Trieben der frühen Kindheit liegen. Aber auch so sah er Triebe bestimmend für unser Leben. Dazu zählen besonders die Bedürfnisse der Triebbefriedigung in den Bereichen Ernährung und Sexualität. Die Triebenergie wird von Freud Libido genannt, die Gesetzmäßigkeiten des Triebes als Lustprinzip.

Die menschliche Persönlichkeit befindet sich laut der Psychoanalyse ein Leben lang in einem stetigen Entwicklungsfluss. Der Grundstein wird jedoch in Kindheit und früher Jugend gelegt. Störungen und Verletzungen in diesen Lebensphasen haben unterschiedliche Auswirkungen auf das weitere psychische (Er-)Leben. Freud selbst betrachtete dabei vor allem die infantile psychosexuelle Entwicklung. Er ging dabei von unterschiedlichen Phasen in bestimmten Lebensaltern aus. Er spricht von folgenden Phasen:

Orale Phase	1. Lebensjahr	Nahrungsaufnahme	einverleiben, versorgt werden – Abgrenzung von Ich und Nicht-Ich
Anale Phase	2. Lebensjahr	Ausscheidung	loslassen, abgrenzen – Strukturierung des Über-Ich
Phallische/ödipale Phase	4. bis 5. Lebensjahr	Geschlechterunterschied	werben, Konkurrenzdenken (anfänglich dem gleichgeschlechtlichen Elternteil gegenüber) – Entstehung eines Rollenverständnisses und der sexuellen Identifikation

Latenzphase	6. Lebensjahr bis Eintreten der Pubertät	Umweltaktivität	sensomotorische Fähigkeiten, Orientierung nach Außen – Festigung von Ich und Über-Ich
Pubertäts-/ Adoleszenzphase	Ab Pubertät	Identitätssuche	Körperliche Veränderungen, Rollenwechsel, Auseinandersetzung mit eigenen und überlieferten Normen

Weitere zentrale Begrifflichkeiten des sogenannten topographischen Modells sind Bewusstes, Vorbewusstes und Unbewusstes (diesem wird eine große Bedeutung zugemessen), sowie Über-Ich, Ich und Es.

- Das **Über-Ich** steht für die moralische Instanz eines Menschen mit seinen Idealen, Werten und Normen.
- Das **Es** bildet sich aus unbewussten Trieben, emotionalen Grundbedürfnissen und unlogischen Impulsen.
- Das **Ich** ist die Koordinationsinstanz eines Menschen, das zwischen Über-Ich und Es vermittelt – unter Berücksichtigung der äußeren Realität, also der Umwelt.

Während sich das Es im sogenannten Unbewussten bewegt, spielen Ich und Über-Ich zu einem großen Teil im Bewusstsein ab.

- Das **Bewusstsein** kann seine Inhalte (Wahrnehmungen, Vorstellungen, Gedanken) nach Belieben hervorholen oder auch wieder ablegen.
- Im **Vorbewusstsein** finden sich die Elemente, die momentan im Bewusstsein nicht präsent sind, aber jederzeit leicht zugänglich sind und abgerufen (erinnert) werden können.
- Das **Unbewusstsein** besteht aus Inhalten, die nicht konzentriert ins Bewusstsein geholt werden können, aber trotzdem unser Denken und Handeln beeinflussen. Zugang zum Unbewussten liefern zum Beispiel Hypnose oder psychoanalytische Methoden wie die Traumdeutung. Unangenehme Inhalte werden häufig hierhin verdrängt, was wiederum zu psychischen Störungen führen kann.

Krankheiten entstehen dabei aus unbewussten psychischen Konflikten innerhalb der intrapsychischen Strukturen – unter anderem durch Störungen in der psychosexuellen Entwicklung. Bei einer fehlenden Möglichkeit, diese Konflikte zu bewältigen, bilden sich beim Individuum Abwehrmechanismen, wodurch der Betroffene sich auf die entsprechende Entwicklungsstufe in seiner Entwicklung fixiert. Durch äußere Einflüsse kann der Konflikt wiederbelebt werden und zu neurotischen Störungen führen.

Abwehrmechanismen kann es laut der Psychoanalyse viele geben. Diese können sein:

- **Verdrängung:** Eine Verdrängung schützt das Ich vor bedrohlichen Einflüssen und inneren Wünschen. Sie löscht Erinnerungen nicht aus, erschwert nur das bewusste Erinnern an ein Geschehen. Sind bestimmte Es-Impulse, die zum Beispiel Schuld oder Scham erzeugen, unerwünscht, so werden diese durch Ich und Über-Ich ins Unbewusste verdrängt. Sie können jedoch wieder durch Träumen oder auch als unbewusste Ersatzhandlungen erneut an die Oberfläche kommen.
- **Reaktionsbildung:** Gefühle werden durch entgegengesetzte Gefühle unterdrückt (zum Beispiel Wandlung in Hass, wenn Liebe nicht stattfinden darf). Dieser Vorgang läuft unbewusst ab.
- **Regression:** Der Betroffene zieht sich (zum größten Teil unbewusst) auf eine vorangegangene Entwicklungsstufe zurück.
- **Verleugnung:** Der Betroffene verleugnet einzelne Realitätsbereiche, erkennt sie in ihrer Bedeutung nicht an.
- **Vermeidung:** Einzelne Triebregungen werden dadurch umgangen, dass Schlüsselreize vermieden werden.
- **Verschiebung:** Ideen und Gefühle zu einer Person, die tabu ist, werden auf eine andere verschoben oder Zusammenhänge ausgeblendet, um dann neue herzustellen. (Zum Beispiel wird die Wut auf den Chef am eigenen Kind ausgelassen.)
- **Verneinung:** Ein Sachverhalt wird negiert, Gefühle und Einstellung verneint. (Zum Beispiel die Liebe für einen bestimmten Menschen.)
- **Ungeschehenmachen:** Durch Handlungen oder Rituale mit symbolischer Kraft (zum Beispiel dem Klopfen auf Holz) soll ein befürchtetes Geschehen abgewendet werden.
- **Projektion:** Eigene Gefühle, Selbstanteile oder psychische Inhalte werden anderen Menschen zugeschrieben. Das kann soweit gehen, dass das Gegenüber soweit beeinflusst wird, dass es die Erwartungshaltung ihm gegenüber tatsächlich erfüllt.
- **Introjektion, bzw. Identifikation:** Dieser Abwehrmechanismus soll Angst vor Bedrohungen von außen abwehren. Der Betroffene übernimmt die gefühlten bedrohlichen äußerer Werte, bestimmtes Verhalten, Normen, Werte oder Anschauungen bis in die Ich-Struktur. So wird keine Bedrohung mehr empfunden (zum Beispiel beim Stockholm-Syndrom).
- **Intellektualisierung:** Konflikte werden abstrahiert und theoretisiert, um sie so emotional fernzuhalten.
- **Rationalisierung:** Handlungen, die möglicherweise kritisch sind, werden rational-logisch erklärt. Gefühlsmäßige Anteile werden unterbewertet oder sogar ignoriert.
- **Sublimierung/Sublimation:** Triebwünsche, die nicht erfüllt werden dürfen oder können, werden durch Ersatzhandlungen ersetzt, die gesellschaftlich höher bewertet werden – und in Folge auch befriedigt (so durch Kunst, Wissenschaft, exzessive Arbeit oder Sport). Sublimierung kann so ein wichtiger Antrieb für die Kulturentwicklung sein.
- **Somatisierung:** Ein Konflikt wird nicht in seiner eigenen psychischen Natur erkannt, sondern äußert sich durch körperliche Beschwerden – dies allerdings ohne symbolische Beziehung zu dem speziellen Konflikt.

- **Konversion:** Der psychische Konflikt wird auf auf somatische Symptome übertragen, die dann auch eine symbolische Beziehung zum Konflikt haben.
- **Affektualisierung:** Der Betroffene dramatisiert ein Ereignis oder Verhalten.
- **Idealisierung oder Entwertung:** Der Betroffene überhöht oder entwertet Objekte oder Menschen.
- **Affektisolierung:** Spontane Gefühle, die normalerweise in einer Situation auftreten, fehlen oder sind gedämpft.
- **Autoaggression:** Der Betroffene richtet aggressive Impulse gegen sich selber und nicht gegen die Person, gegen die sie sich ursprünglich richteten. Sinn ist die Vermeidung eines Konfliktes mit der betroffenen Person.
- **Isolierung:** Ein unerfüllbarer Wunsch wird dadurch bewältigt, dass er in entstellter Form befriedigt wird.

Die Schülerinnen und Schüler – und Innovatoren – der Psychoanalyse

Selbstverständlich wurden Freuds Theorien im Laufe der Zeit immer weiterentwickelt. Als Personen mit ihren einzelnen Richtungen bedeutsam sind vor allem:

- Alfred Adler, Begründer der **Individualpsychologie**, der die menschlichen Beziehungen in den Mittelpunkt stellt. Er sucht primär nicht nach der Kausalität psychischer Störungen, sondern nach dem Zweck von Symptomen und dem Behandeln von Mangelzuständen im sogenannten „Lebensstil“ als Auseinandersetzung mit der Gesellschaft.
- Anna Freud, Begründerin der psychoanalytischen **Ich-Psychologie**, die die Psychoanalyse um neue Aspekte der Ich-Entwicklung ergänzt.
- Carl Gustav Jung, der die Psychoanalyse mit seiner **analytischen Psychologie** als Begleiter des Patienten sieht und stark mit Symbolhaftigkeit arbeitet. Er verband in seinen Werken Psychologie mit Völkerkunde, Theologie, Kunst und Literatur und prägte u. a. Begriffe wie das kollektive Unterbewusstsein, Introversion, Extraversion, Komplex, Anima, Animus und Archetypus. Ihm geht es in seinen Werken um die Auseinandersetzung des Individuums mit seinem eigenen Lebensweg.
- Viktor Frankl entwickelte parallel zur Psychoanalyse die **Existenzanalyse** (oder auch Logotherapie). Sie ist stark anthropologisch-philosophisch ausgerichtet und bezieht die Frage nach dem Sinn des Lebens mit ein. Er sah bei Neurosen unterschiedliche Inhalte über verschiedene Dekaden hinweg (noogene Neurose).
- Harald Schultz-Henke, Erich Fromm, H. S. Sullivan und Karen Horney stehen für das Konzept der **allgemeinen Neurosenlehre**. Hier stehen Charakter und eine vitale Antriebshemmung durch Gesellschaft und Umwelt im Vordergrund, die zu einer neurotischen Entwicklung führen können. In der Therapie werden hier Neuanpassung an die gesellschaftliche Realität, Freiheit und Autonomie angestrebt.
- Joseph H. Pratt ist Gründervater der **Gruppenanalyse** als spezielles Therapieverfahren.
- Melanie Kleins, die mit ihrem Werk die **psychoanalytische Objektbeziehungstheorie** begründete, bei der es um die Bedeutung der frühen Mutter-Kind-Interaktion und das Thema Bezugsperson geht. Außerdem stehen hier auch die Begriffe Übertragung und Gegenübertragung im Mittelpunkt.

- John Bowlby, der die **Bindungstheorie** aufbaute, die besagt, dass der Mensch das Bedürfnis hat, intensive und enge Beziehungen zu Mitmenschen aufzubauen und Gründe für Veränderungen von Beziehungen im Laufe des Lebens sucht.
- Heinz Kohut, der die **psychoanalytische Selbstpsychologie** gründete, die sich mit der Organisation und Aufrechterhaltung des Selbst beschäftigt in Beziehung auf Objekte der Umwelt.

Dies nur als ein kurzer Überblick über die Schüler, Nachfolger und Optimierer der Theorien Sigmund Freuds.

Die Methoden

Hat man bei der Psychoanalyse die klischeehafte Freud'sche Couch vor Augen, bei der der Therapeut mit einem Block auf dem Schoß am Kopfende sitzt, so liegt man da gar nicht so falsch.

In der Psychoanalyse nach Freud geht es darum, dass die Klienten in inhaltlich nicht strukturierten Therapiegesprächen spontan und unzensiert Phantasien, Gefühle, Gedanken, Träume und Erinnerungen schildert (assoziiert), wie sie ihm gerade in den Sinn kommen. Der Therapeut ist Beobachter, der die Äußerungen wahrnimmt, versteht und Ursachen von Erkrankungen **aufdeckt**. Dazu gehört auch, **Übertragungen** (Gefühle des Klienten gegenüber dem Therapeuten, die aus Erfahrungen und Erlebnissen aus dem Inneren des Klienten begründet sind) und **Gegenübertragungen** (Gefühle des Therapeuten gegenüber dem Klienten) aufzuspüren und zu analysieren. Diese Ergebnisse teilt er seinem Klienten zu einem passenden Zeitpunkt mit. Ziel ist in Folge eine umfangreiche **Umstrukturierung** von den Teilen der Persönlichkeit und des Gefühlslebens, in denen die Störung entstanden ist.

Es gibt unterschiedliche Methoden und Regeln, die die Psychoanalyse postuliert, um eine Therapie zum Erfolg zu führen.

- **Abstinenzregel:** Sie steht für eine Distanz des Therapeuten gegenüber dem Klienten. Er darf seine Beziehungskonflikte zu seinem Klienten nicht thematisieren. Ein Kontakt außerhalb der Therapie ist nicht gestattet, ebenso jener zu Bezugspersonen des Klienten. Auf keinen Fall darf er verführbar sein, Privatthemen des Therapeuten sind Tabu.
- **Gleichschwebende Aufmerksamkeit:** Hier geht es um das empathische Mitfühlen des Therapeuten inklusive einer nicht wertenden, neutralen Einstellung gegenüber dem Patienten.
- **Freie Assoziation:** Der Klient darf – und soll – alles aussprechen, was ihm in den Sinn kommt, egal ob es unzusammenhängend ist oder sinnlos, nebensächlich erscheint.
- Erkennen von **Widerstand**: Widerstand steht für alles, was sich der Therapie entgegenstellt. Er begründet sich in unangenehmen Gefühlen, die beim Klienten geweckt werden, und äußert sich zum Beispiel durch Schweigen, ständigem Missverstehen oder Zuspätkommen.

- Erkennen einer **Übertragungsneurose**: Die Übertragungsneurose zeigt sich in der Regression des Klienten auf frühere Entwicklungsphasen und Übertragen von früheren Strukturen auf die Arzt-Patient-Beziehung. Dadurch wiederholen sich die noch nicht verarbeiteten Verhaltensmuster.
- Anwendung des **Klarifizierens**: Hier werden die wesentlichen Inhalte des zu bearbeitenden Konflikts erforscht.
- Anwendung der **Interpretation**: Der Therapeut deutet und erklärt eine Hypothese zum Ursprung der Symptomatik.
- Anwendung der **Konfrontation**: Der Klient wird durch den Therapeuten mit seiner Interpretation und mit der stattgefundenen Übertragungsreaktion.
- Anwendung des **Durcharbeiten**: Der Klient soll unter Anleitung des Therapeuten die Interpretation Durcharbeiten.

Psychoanalytische Therapien sind sehr langfristig angelegt – mindestens 40 bis 80 Stunden bis hin zu 300 Stunden – , dies mehrmals wöchentlich.

Bei der analytischen Psychotherapie und der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, die etwas anders strukturiert ist (hier sitzen sich auch Therapeut und Klient gegenüber) trifft man sich nur ein- bis zweimal wöchentlich. Außerdem gibt es die psychoanalytischen Fokaltherapien, bei denen 20 bis 30 Sitzungen avisiert sind und die oftmals in akuten Krisen oder Beziehungskonflikten thematisch fokussiert angewandt werden.

6.2.4 Gesprächspsychotherapie

Die Gesprächspsychotherapie oder auch klientenzentrierte, non-direktive, bzw. personenzentrierte Psychotherapie geht auf den US-amerikanischen Psychotherapeuten Carl Rogers zurück. Er veröffentlichte seine ersten Werke hierzu in den 40er Jahren des letzten Jahrhunderts.

Grundlagen

Diese Form der Therapie findet rein über das Gespräch mit den Klienten in Einzelsitzungen oder auch einem Gruppensetting statt.

Der Klient selbst gilt als Experte für sein Leben. Gleichzeitig wird vorausgesetzt, dass jeder Mensch ein angeborenes Bedürfnis nach Selbstverwirklichung hat (Aktualisierungstendenz). So trägt der Klient selbst alles für seine Problemlösung Notwendige bei. Hierfür soll die Therapie die Rahmenbedingungen schaffen.

Der Therapeut verhält sich dabei in keiner Weise direktiv. Er sorgt nur für optimale Bedingungen. Allein so könne, so Rogers, Kongruenz von Erfahrung und Selbst entstehen.

Das bedeutet in Bezug auf die therapeutische Grundhaltung:

- positive Wertschätzung durch den Therapeuten
- Empathie (einfühlsames Verstehen)
- Kongruenz (Echtheit) des Therapeuten

Weitere Bedingungen für eine erfolgreiche Therapie sind:

- Es besteht ein Kontakt psychologischer Art zwischen Therapeut und Klient.
- Der Klient befindet sich in einem Zustand der Inkongruenz.
- Die Grundhaltungen müssen durch den Klienten von Grundsatz her wahrgenommen werden.

Ablauf einer Therapiesitzung

Für Klienten oft ungewöhnlich sind die anfänglichen Phasen des Schweigens bei den Therapiesitzungen. Hierbei handelt es sich um einen Zeitraum des aktiven Zuhörens, bei dem der Patient erst einmal frei erzählen soll „wie es ihm denn heute geht“, unterbrochen nur von gelegentlichen verstehenden Äußerungen verbaler („Hmmm ...“) oder nonverbaler Art (Kopfnicken).

Es folgt ein Gesprächsteil, in dem der Therapeut Fakten immer wieder für sich und den Klienten zusammenfasst und aufnimmt, gefolgt von der Konzentration auf die Gefühle des Klienten. Anhand von Spiegeltechniken gibt der Therapeut dem Klienten immer wieder Rückmeldung zu seinen Äußerungen. („Ich habe also richtig verstanden ...“, „Ich spüre da ...“) und unterstützt ihn bei der Selbstreflektion.

Ratschläge und Bewertungen sollen während der ganzen Sitzung vermieden werden, sodass der Klient sich frei, ungezwungen und kreativ äußern kann.

Gelegentlich werden weitere Techniken, wie das sogenannte Focusing integriert, bei der Emotionen zusätzlich körperlich verortet und nachgefühlt werden.

Eine Sitzung dauert zumeist 30 bis 50 Minuten und findet ca. einmal die Woche statt.

6.2.5 Paar- und Familientherapie

Paar- und Familientherapie stehen für verschiedenste Behandlungsformen, bei denen jedoch klar die Systeme Paar und/oder Familie im Mittelpunkt stehen. Grundlage ist, dass in beiden Systemen dynamische Wechselbeziehungen bestehen, die auch Auswirkungen auf das Individuum haben. Umgekehrt haben auch die psychischen Probleme eines einzelnen Auswirkungen auf das gesamte System. Daher finden Familientherapien häufig in der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder auch in der Behandlung von Anorexia nervosa, Schizophrenien oder einer affektiven Störung statt.

Während in der Psychotherapie anfänglich meist nur das Individuum betrachtet wurde, beschäftigt man sich zunehmend auch mit diesen Zusammenhängen. Entsprechend wurden seit dem 1970er Jahren verschiedene Therapieformen erarbeitet. Diese basieren auf unterschiedlichen theoretischen Konzepten und auch den äußeren Rahmensettings.

Ziel ist eine Veränderung der Beziehungen der Individuen untereinander in eine positive Richtung – im Zentrum steht dabei zumeist die Qualität der Kommunikation, aber auch eine Entwicklung zu besserer Empathie und besserem Verständnis bis hin zu konkreten Verhaltensänderungen werden angestrebt.

Die Richtungen:

- **Psychoanalytisch** orientiert (Stierlin, Böszörményi-Nagy, Richter, Framo): Ausgangspunkt ist, dass Erkrankungen im Bereich der Psyche unter anderem durch Beziehungsstrukturen familiärer Art (ggf. sogar aus frühere Generationen) begründbar sind. Daher werden hier die Interaktionen innerhalb der Familie analysiert, ebenso wie die intrapsychischen Abwehrstrukturen der Individuen. In Folge werden unbewusste Prozesse aufgedeckt, die dysfunktional wirken können, wie zum Beispiel die Delegation, bei der ein Kind einen meist unbewussten Auftrag durch seine Eltern bekommt, deren nicht gelebte Wünsche oder Bedürfnisse, zu vollziehen.
- **Humanistisch** orientiert (Haley, Satir, Fry, Watzlawik): Bei dieser Richtung steht das Hier und Jetzt im Vordergrund. Hieraus entstanden eine Vielzahl von Schulen, wie die sich verschiedene Methoden zu eigen machten wie Familienrekonstruktion, Mediation, Familienskulpturen, Familienrituale.
- **Systemisch** orientiert (Minuchin, Palazollie, Beteson, Glaserfelds): Bei dieser Richtung, bei der die Familie als System gesehen wird, dass Selbstregulierungmethoden hat und durch bestimmte Gesetze gesteuert wird, werden, je nach Orientierung, Spielregeln, Interaktionen, Sprache, Strukturen und Grenzen aufgedeckt und auch neu gestaltet.
- **Kommunikationspsychologisch** (Rosenberg): Hier werden kommunikatorische Muster in den Beziehungen untereinander betrachtet und ggf. neu trainiert. Stichworte sind hier vor allem die „gewaltfreie Kommunikation“ oder das „Konfliktmanagement“.

- **Verhaltenstherapeutisch** (Hogarty, Falloon): Diese Therapieform arbeitet stark mit einem Kommunikationstraining über den direkten Ausdruck von positiven und negativen Gefühlen, der konstruktiven Mitteilung von Wünschen und dem aktiven Zuhören. Auf der anderen Seite kann hier ein Problemlösetraining stattfinden, das man gemeinsam erarbeitet. Sie findet auch oft als psychoedukative Familienbetreuung statt, wenn ein Mitglied an einer psychischen Krankheit leidet (wie Schizophrenie oder einer bipolaren Störung).
- **Individualpsychologisch** (Titze, Ackerknecht): Hier liegt der Fokus auf der Interaktion der einzelnen Gruppenmitglieder, dem Verstehen der einzelnen Bedürfnisse, dem Wiederfinden von Gemeinsamkeiten und der Integration erkrankter Personen in das soziale Ganze.
- **Gestalttherapeutisch** (Kempler): Hier soll die Fähigkeit von Kontakt und Präsenz in den Emotionen gefestigt werden. Im Zentrum stehen die Ausbildung von Aufrichtigkeit, Empathie und Interesse als Basis für neue Veränderungsprozesse.

Auf Basis dieser Richtungen werden die einzelnen Therapien methodisch aufgebaut. Wichtig für den Therapeuten ist, dass er neutral und unparteiisch bleibt, eine direktive und aktive Haltung einnimmt (die Therapie in Griff behält), bestimmte Regeln festgelegt werden, nach positiven Aspekten und Ressourcen gesucht wird.

Methoden können zum Beispiel sein:

- **Joining:** Ein Arbeitsbündnis zwischen Therapeut und Teilnehmern, sodass jeder einen tragfähigen emotionalen Kontakt aufbauen kann.
- **Refraiming:** Situationen oder der Sinn von Ereignissen werden umgedeutet, indem man sie in einen anderen Kontext stellt.
- **Arbeiten an Grenzen:** Grenzen sollen gezogen werden, damit das familiäre System besser strukturiert ist.
- **Zirkuläres Fragen:** Der Therapeut fordert die Mitglieder der Gruppe dazu auf, die Beziehungen anderer untereinander zu kommentieren.
- **Verschreibungen:** Traditionelle Verhaltensmuster sollen verändert werden, indem die Gruppe aufgefordert wird, einfach einmal etwas Neues auszuprobieren.

6.2.6 Hypnotherapie

Die Hypnotherapie ist eine schon sehr alte Therapieform. Trancen werden schon seit Jahrtausenden genutzt, in der modernen Wissenschaft entstanden die ersten Theorien Ende des 18. Jahrhunderts. Wichtige Namen aus der Anfangszeit sind dabei Franz Anton Mesmer und James Braid. Auch Sigmund Freud beschäftigte sich – vor der Konzentration auf die freie Assoziation – mit dem Thema Hypnose.
Als Vater der modernen Hypnotherapie gilt Milton Erickson. Er sah noch mehr als seine Vorgänger das

Unterbewusstsein als Quelle für eine Vielzahl an Ressourcen und Kreativität (nicht nur als Ort der verdrängten Inhalte), sodass er gerade das Unterbewusstsein selbst direkt in seiner Therapieform ansprach. Er sah eine Chance darin, dass das Unterbewusstsein in der hypnotischen Trance nicht mehr in seiner Absolutheit vom Bewusstsein kontrolliert würde. Das ermögliche in Folge eine optimale Veränderungsarbeit. Im Zentrum seiner Arbeit standen zudem die Nutzung von Metaphern, Beispielgeschichten, Wortspielen etc.

Auch heute steht Hypnose für eine effiziente Therapieform zu Arbeit an Blockaden, bestimmten Lebensthemen oder Verhaltensänderungen.

Definiert werden kann die Hypnose als ein Zustand veränderter Bewusstseinslage. Der Klient befindet sich – ausgelöst durch unterschiedliche Methoden – in einer Trance. Durch Suggestionen werden bestimmte Problembereiche angesprochen, analysiert und verändert (zum Beispiel Unruhe, Angst, Blockaden, Schmerz, problematisches Verhalten etc.). Mittlerweile ist die Wirkung der Hypnotherapie wissenschaftlich übrigens gut belegt und zeichnet sich durch ihre hohe Effizienz aus. Oft reichen schon wenige Sitzungen, um deutliche Erfolge zu erzielen.

Wichtig in der Hypnotherapie sind Zielfindungen und ein vertrauensvolles Therapeut-Klienten-Verhältnis.

6.2.7 Entspannungsverfahren

Ähnlich wie die Hypnose haben auch Entspannungsverfahren eine lange Tradition und teilweise auch eine hohe wissenschaftliche Anerkennung. Wissenschaftlich bewiesen sind zum Beispiel die Wirkung von der progressiven Muskelrelaxation nach Jacobsen, des autogenen Trainings und auch des Biofeedbacks. Fantasiereisen sind eng mit der Hypnosetherapie verbunden und auch Meditation tritt mittlerweile immer mehr in den Fokus des wissenschaftlichen Interesses.

Gleich ist diesen Verfahren, dass sie das Ziel haben, körperliche und geistige Anspannung oder Erregtheit zu verringern. Erreichen möchte man Gelassenheit und Wohlbefinden. Diese geschieht dadurch, dass auf neuronaler Ebene der Parasympathikus aktiviert werden soll, körperlich der Muskeltonus verringert, die Herzfrequenz verlangsamt und Blutdruck gesenkt werden sollen. Gleichzeitig wirken diese physischen Prozesse auf die Psyche – und umgekehrt. Bei den einzelnen Methoden kann eine tiefe Entspannung eintreten, die mit etwas Übung zu einem immer besseren Körpergefühl führen kann.

Ziel der meisten Übungen ist, dass diese später auch durch den Klienten selbst durchgeführt werden können.

Autogenes Training

Das Autogene Training wurde bereits in den 30er Jahren des letzten Jahrhunderts durch Johannes H. Schulz entwickelt. Es ist eine autosuggestive Entspannungsmethode, bei der man sich auf den eigenen Körper konzentriert und in durch die Wiederholung von Übungsformeln (zum Beispiel „Meine Arme sind schwer. Meine Beine sind schwer.“) entspannt. Das autogene Training sollte möglichst täglich durchgeführt werden. So kann es bei leichten Ängsten, chronischen Schmerzen, somatoformen Störungen oder Stresssymptomatiken helfen.

PMR

Ursprünglich für die Flieger von Kampfjets entwickelt ist die Progressive Muskelrelaxation heute eine höchst anerkannte Entspannungsmethode. Durch das An- und Entspannen einzelner Muskelgruppen in einer systematischen Übungsfolge überträgt sich die Entspannung auf den gesamten Körper und auf die Psyche. Wichtig ist die achtsame Betrachtung der Veränderungen, die eine Entspannung der Muskeln gegenüber der Anspannung bringt.
Indiziert ist diese Methode besonders bei Stresssymptomatiken und Ängsten, aber auch bei leichten depressiven Störungen, Schlafstörungen, chronischen Schmerzsyndromen und somatoformen Störungen.

Fantasiereisen

Fantasiereisen, Trancereisen, Visualisierungen oder Imaginationen können mit der Hypnose verglichen werden, bei der der Klient ebenfalls in einen (wenn auch nicht so tiefen) Zustand der Trance geleitet und dann durch den Therapeuten durch eine Geschichte geleitet werden. Dabei kann einem Erkenntnisprozess gefolgt werden. Meist dienen sie jedoch der Entspannung.

Biofeedback

Biofeeback wurde in den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts entwickelt. Ziel war und ist es, anhand eines entsprechenden Gerätes die vegetativen Prozesse eines Menschen sichtbar zu machen und ihn dazu anzuleiten, bewussten Einfluss auf die entsprechenden Körperreaktionen zu nehmen. Gemessen werden zum Beispiel über ein EMG der Muskeltonus oder über ein EKG die Herzfrequenz. Über Methoden der Muskelentspannung oder auch Atemtechniken lernt der Klient, seine Körperreaktion zu beeinflussen. Anwendung findet Biofeeback unter anderem bei Spannungskopfschmerzen, Migräne oder arterieller Hypertonie.

Meditation

Meditation wird im therapeutischen Bereich zumeist – bei Klienten, die sich darauf einlassen können – als Achtsamkeitsübung zur Stressreduktion und zur Verbesserung des Gefühls für den eigenen Körper genutzt. Zunehmend wird sie auch wissenschaftlich auf ihre Wirkung hin untersucht. Meist nutzt man sie in der Entspannungstherapie in Verbindung mit Fantasiereisen oder zum Beispiel im Anschluss an eine PMR.

6.2.9 Krisenintervention

Krisenintervention steht für eine schnelle kurzfristige Unterstützung in Krisensituation, sprich einer bedrohlichen Zuspitzung einer Situation.
Während Therapien (mal mehr mal weniger) langfristig angelegt sind, ist die Krisenintervention akut. Ausgelöst werden diese Krisen zumeist durch dramatische Änderungen im Leben, Unfälle oder akute heftige Ausbrüche psychischer Störungen.

Die Krisenintervention hat zum Ziel Betroffene professionell dabei zu unterstütztzen, diese Krise zu bewältigen. Dazu zählen unter anderem die Telefonseelsorge oder Notfallseelsorge der Kirchen, aber auch spezielle Interventionsteams bei Polizei oder Rettungsdienste. Gleichzeitig existieren sozialarbeiterische Interventions-Instrumentarien im Umfeld sozialer Arbeit, wenn es um Gewalt, Überschuldung, Arbeitslosigkeit geht. Häufig wird in der Krisenintervention auf längerfristige Angebote wie Beratungen (zum Beispiel Schuldner- oder Rechtsberatung), Therapien, Schutzorte (zum Beispiel Frauenhaus) und praktische Hilfen weitergeleitet.

6.3 Soziotherapie, Rehabilitation und Sozialpsychiatrie

6.3.1 Einführung

Der Begriff Soziotherapie steht für alle Therapien, die zusätzlich zu den biologischen und psychotherapeutischen Ansätzen bei psychisch kranken Menschen – zum Beispiel mit affektiven Störungen, Schizophrenien, schizotype Störungen, chronische Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit etc. – Anwendung finden. Im Zentrum steht dabei der Kontakt zu und die Interaktion mit anderen Menschen. Das sind zum Beispiel die Ergotherapie, Hilfen durch den Sozialdienst oder auch in Behindertenwerkstätten. Die Patienten sollen auf ihrem Level Anregung erhalten (kognitiver, sozialer und emotionaler Art) und auch Anerkennung erleben. Somit geht es um Training und Motivation.

6.3.2 Ergotherapie

Ergotherapie steht für Maßnahmen im Bereich der Beschäftigungs- und Arbeitstherapie. Das kann sehr unterschiedlich aussehen. Ergotherapie kann zum Beispiel in Form von kreativen oder handwerklichen Tätigkeiten stattfinden (Holzarbeiten, Ton), es können alltagsrelevante Tätigkeiten eingeübt werden (Putzen, Einkaufen) oder auch kognitive Fähigkeiten geübt werden (Konzentrationstraining). Die Arbeitstherapie soll auf die Rückkehr ins Arbeitsleben vorbereiten (zum Beispiel in einer Behindertenwerkstatt oder auch in einer beruflichen Rehabilitationsmaßnahme). Es geht darum, dem Erkrankten wieder den Alltag näher zu bringen, in zu motivieren, zu stärken, die Konzentration und Ausdauer wieder aufzubauen, Fähigkeiten wieder neu zu erlernen, ihn zu aktivieren. Gleichzeitig soll wieder Kontakt mit einem sozialen Umfeld aufgebaut werden.

6.3.3 Sozialtherapie

Bei der Sozialtherapie geht es um die soziale Reintegration es Erkrankten. Diese wird vorbereitet, organisiert und begleitet – auch immer im Hinblick auf etwaige Kostenübernahmen. Meist geschieht dies daher auch mit Unterstützung von Sozialarbeitern oder -pädagogen und im Allgemeinen über eine stufenweise Eingliederung in das „normale“ Leben.

6.3.4 Psychiatrisch-psychotherapeutische Rehabilitation

Leidet ein Betroffener nach einer akuten Erkrankung weiterhin an Beschwerden, geht es hier darum, Strategien zu entwickeln, mit diesen Problemen zurechtzukommen, den Alltag zu bewältigen, in die Berufstätigkeit zurückzukehren,

die häuslichen – und auch familiären – Pflichten wieder aufzunehmen sowie natürlich eine sinnvolle Freizeitgestaltung erleben zu können.

Die psychiatrisch-psychotherapeutische Rehabilitation wird ambulant bei Fachärzten oder Psychologen durchgeführt oder stationär (oder teilstationär) in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Klinik, bzw. in einer psychosomatischen Reha-Klinik.

Dabei fährt man mehrgleisig unter Berücksichtigung mehrerer Maßnahmen. So zum Beispiel:

- physische Therapien
- Medikamentation
- Psychotherapie
- psychiatrische Krankenpflege
- Soziotherapie
- Sozialberatung
- Berufliche Rehabilitation
- Soziale Rehabilitation

6.4 Psychoedukation

Bei der Psychoedukation geht es darum, Betroffene – und Angehörige – mit Wissen über die betreffende Krankheit zu versorgen. Wie äußert sich diese Krankheit? Wo kommt sie her? Was kann man tun? Welche Auswirkungen hat sie auf mich/uns?

Dabei kann Psychoedukation unterschiedlich stattfinden. So zum Beispiel über Informationsschriften, vor Ort in Kliniken oder auch in Gruppen. Wichtig ist, dass die Informationen verständlich sind. Nur so können Unsicherheiten reduziert und Vertrauen geschaffen werden. Gleichzeitig erleichtert die Psychoedukation, eine Diagnose zu akzeptieren, eine Erkrankung zu entstigmatisieren, sich aktiv am Heilungsprozess zu beteiligen, Ressourcen kennenzulernen – und auch Rückfällen vorzubeugen.

- **Patientenratgeber** gelten sozusagen als „erste Hilfe" und erste Information zu Beginn einer Erkrankung und deren Therapie. Sie soll einfach informieren und Möglichkeiten aufzeigen. Eine Auflistung gängiger Patientenratgeber finden sie im Anhang.
- **Selbsthilfeprogramme** sind ähnlich gestaltet wie Patientenratgeber, gehen aber stärker individuell auf die jeweiligen therapeutischen Verfahren ein und vermitteln Hilfe zur Selbsthilfe. Sie können auch eine bestehende Therapie unterstützen.
- **Psychoedukative Therapieprogramme** sind dafür da, in einer Gruppe Informationen zu geben und die Möglichkeit zu geben, sich untereinander auszutauschen – und gleichzeitig emotionale Entlastung zu geben.

6.5 Psychopharmakologie

6.5.1 Einführung

Psychopharmaka sind Substanzen, die über Einwirkung auf das zentrale Nervensystem eine Wirkung auf die Psyche und/oder das Bewusstsein haben. Somit dienen sie bei der Behandlung von psychischen Störungen oder auch neurologischer Erkrankungen, häufig in Kombination mit anderen therapeutischen Interventionen.

Sie werden in unterschiedliche Gruppen eingeteilt:

- Antidepressiva
- Stimmungsstabilisierer (Phasenprophylaktika)
- Antipsychotika (Neuroleptika)
- Anxiolytika und Hypnotika
- Antidementiva
- Psychostimulanzien

Auch wenn Psychopharmaka ein Stigma und viele Vorurteile anhaften, werden sie doch häufiger konsumiert als viele denken.

6.5.2 Antidepressiva

Antidepressiva wirken stimmungsaufhellend und – je nach Ausrichtung – antriebssteigernd oder auch psychomotorisch beruhigend. Dabei werden sie nicht nur, wie der Name impliziert bei depressiven Störungen eingesetzt, sondern auch bei Angsterkrankungen, Zwangsstörungen, PTBS (Posttraumatische Belastungsstörung), Schlafstörungen, Entzugssyndromen oder chronischen Schmerzzuständen.

Erste Antidepressiva wurden in den 1950er/1960er Jahren mit den die tri- und tetrazyklischen Antidepressiva sowie die Monoaminooxidase-Inhibitoren entwickelt. Es folgten in den 80er Jahren die selektiver wirkenden und besser verträglichen SSRIs. Es folgten Neuentwicklung wie die Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer und die dualen Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer sowie die selektiven Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer und die Alpa2-Antonisten.

So existiert auf dem Markt mittlerweile eine Vielzahl unterschiedlicher Antidepressiva:

Klassische Antidepressiva

- Trizyklische Antidepressiva (zum Beispiel Doxepin (auch Verwendung in der Suchttherapie, speziell bei Opiatabhängigen), Amitriptylin (auch zur längerfristigen Schmerzbehandlung))
- Tetrazyklische Antidepressiva (zum Beispiel Maprotilin, Imipramin (Achtung! Gefahr der Hyperthermie.))
- Monoaminoxidase-(MAO-)Hemmer (zum Beispiel Moclobemid, Tancylcypromin)

Neuere Antidepressiva

- SSRI (Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (zum Beispiel Fluoxetin (bekannt durch Prosac®), Paroxetin, Fluvoxamin etc.)
- SNRI (Selektive Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer) (zum Beispiel Reboxetin)
- SSNRI (Duale Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahme-Hemmer) (Venlafaxin, Fulosetin)
- Alpa2-Antegonisten (Mianserin, Miratazapin)
- Duale Serotonin-2a-Antogonisten und Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (Trazodon)
- Substanzen mit anderen Wirkmechanismen (Trimipramin)

Pflanzliche Präparate

- Johanniskraut-Extrakte etc.

Bei **tri- und tetrazyklischen Antidepressiva** müssen die unterschiedlichen Typen in ihrer Wirkweise nach dem sogenannten Kilholz-Schema beachtet werden:

- Amitriptylin-Typ: eher sedierend
- Desipramin-Typ: eher antriebssteigernd
- Imipramin-Typ: relativ neutral

Antidepressiva wirken auf verschiedenen Ebenen. Auf der Enzym- bzw. Transporterebene ging und geht man davon aus, dass depressive Syndrome unter anderem durch einen Mangel an **Serotonin** und/oder **Noradrenalin** – und auch ein paar anderen Botenstoffen – entstehen. Antidepressiva sorgen nun dafür, dass diese dort länger zur Verfügung stehen, wo sie benötigt werden. Sie hemmen die Wiederaufnahme in ihre Speicher, blocken ihren Abbau und/oder erhöhen die Ausschüttung.

Wirksamkeit

Wichtig ist zu beachten, dass es bis zu sechs Wochen dauern kann, bis eine Behandlung mit Antidepressiva Wirkung zeigt. Das bedarf oftmals etwas Geduld. Ist dann keine Wirkung ersichtlich, sollte an eine Medikamentenumstellung gedacht werden.

Die Erfolgsquote von Antidepressiva liegt dann bei der Behandlung von depressiven Störungen nach drei bis sechs Wochen bei ca. 60 bis 70 %.

Eine Toleranzentwicklung findet bei allen Wirkstoffen nicht statt, ebenso keine Abhängigkeit. Jedoch sollte das Absetzen schleichend erfolgen, da ein zu schnelles Absetzen zum Beispiel zu Schweißausbrüchen, Unruhe, Schlafstörungen oder erbrechen führen kann.

Nebenwirkungen

Nebenwirkungen treten zumeist am Anfang der Therapie auf, und klingen meist auch wieder ab, führen aber dadurch häufig zum Absetzen der Medikamente. Gelegentlich muss aufgrund der Nebenwirkungen die Therapie auch abgesetzt und/oder das Medikament gewechselt werden.

Klassische Antidepressiva arbeiten übergreifend und werden daher oft bei starken Depressionen eingesetzt. Da sie jedoch bei einer Vielzahl von Informationsübertragungswegen in mehreren Gehirnzellen-Systemen eingreifen, haben sie auch zahlreiche Nebenwirkungen, wie

- Sehstörungen
- Mundtrockenheit
- Kreislaufstörungen
- Herzrhythmusstörungen.

Die **neueren Antidepressiva** sind deutlich besser verträglich, jedoch sind gerade in letzter Zeit die SSRI und SSNRI ins Gerede gekommen, da sie besonders bei Kindern und Jugendlichen (aber auch Erwachsenen) eine erhöhte

- Suizidalität
- Fremdaggressivität

auftreten kann.

Weitere Nebenwirkungen können sein:

- Sedierung
- erhöhter Blutdruck

- Gewichtszunahme
- Schwitzen
- Sinustachykardie
- Verstopfung
- Störungen beim Wasserlassen
- sexuelle Funktionsstörungen
- Erbrechen, Durchfall
- aber auch Unruhe und Schlafstörungen (bei SSRIs)
- und Abnahme der Leukozyten (bei Alpha2-Antagonisten).

Eine große Gefahr sind unterschiedliche Syndrome, bei denen das jeweilige Antidepressivum direkt abgesetzt werden muss:

- Das **serotonerge Syndrom**, das sich neurologisch durch Rigor, Tremor oder auch Krampfanfälle äußert. Außerdem können Verwirrtheit, Schläfrigkeit, Desorientiertheit und Erregungszustände auftreten sowie Schwitzen, Durchfall, Übelkeit, Erbrechen und Schmerzen.
- Das **SIADH – das Syndrom der inadäquaten ADH-Sekretion**, bei der durch eine vermehrte Ausscheidung des Hormons ADH zu einer verminderten Flüssigkeitsausscheidung kommt. Der Betroffene wird schwach, lethargisch, nimmt an Gewicht zu, bis er schließlich nach Verwirrtheit und Krampfanfällen ins Koma fallen kann.
- Das **Anticholinerge Syndrom** bei einer Überdosierung bzw. Intoxikation. Hier leiden Betroffene unter trockener Haut, Hyperthermie, vergrößerte Pupillen, Harnverhalt, Verstopfung, später sogar an Darmverschluss, Herzrhytmussstörungen bis hin zu deliranten Symptomen.

Eine Schwangerschaft muss bei Verabreichung sofort erwähnt werden, da das Kind durch die Einnahme geschädigt werden kann.

Gleichzeitig muss auch bei jedem Medikament auf etwaige Wechselwirkungen geachtet werden.

Bitte beachten Sie, dass es selbst bei **Johanniskraut-Extrakt** Nebenwirkungen (phototoxische Reaktionen der Haut, Magen-Darm-Probleme, Kopfschmerzen etc.) und Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten (zum Beispiel mit der Anti-Baby-Pille) auftreten können.

6.5.3 Phasenprophylaktika

Stimmungsstabilisierer, bekannt auch unter dem Begriff „Phasenprophylaktika" dienen bei affektiven oder schizioaktiven Störungen im Kampf gegen die depressiven und/oder manischen Stimmungsschwankungen.

Besonders bei einer bipolaren Störung wird häufig vorsorglich Lithium verabreicht, das den Überschuss an Noradrenalin während einer manischen Phase verringert, im Gegenzug bei einer depressiven Methode die Serotoninverfügbarkeit erhöht.

Weitere Phasenprophylaktika sind Pharmazeutin, Lamotrigin und Valproinsäure.

Wirkstoffe und deren Einsatzgebiete

Lithium dient in Form einiger seiner Salze als Prophylaxe bei einer bipolaren Störung und einer Depression (hier auch zur Erhöhung der Wirksamkeit von Antidepressiva) oder bei der Behandlung einer akuten Manie. Gelegentlich wird Lithium auch bei Cluster-Kopfschmerzen eingesetzt.

Es darf auf keinen Fall während der Schwangerschaft und auch nicht bei einer Niereninsuffizienz eingesetzt werden.

Riskant ist Lithium vor allem, da die Intoxikationsgefahr bei einer Überdosierung auftreten kann. Da kann schnell bei der gleichzeitigen Einnahme anderer Medikamente geschehen (zum Beispiel bei ACE-Hemmern). Daher wird die Lithiumgabe auch deutlich intensiver überprüft als bei anderen Medikamenten.

Carbamezepin wird oftmals eingesetzt, wenn Lithium unwirksam ist. Problem bei diesem Wirkstoff ist, dass es vor allem in Kombination mit anderen Antidepressiva oder Neuroleptika zu einem Wirkverlust kommen kann. Das gilt im Übrigen auch für einige andere Medikamente.

Valproinsäure wird, wie auch Carbamezepin, bei Epilepsien eingesetzt, jedoch vor allem bei der Akuttherapie und auch der Prophylaxe von rezidivierenden bipolarer Störungen. Vorteil dieses Wirkstoffs ist, dass er im Allgemeinen gut vertragen wird.

Lamotrigin dient vor allem der Rezidivprophylaxe bei Depressionen im Rahmen einer bipolaren affektiven Störung. Es ist recht gut verträglich, kann aber zu heftigen Haut- und Schleimhaut-Reaktionen führen.

Nebenwirkungen

Die **Nebenwirkungen bei Lithium** können enorm sein. Daher muss vor Therapiebeginn eine intensive Aufklärung des Patienten stattfinden.

Nebenwirkungen können sein:

- feinschlägiger Tremor
- Muskelschwäche
- Müdigkeit
- Gangstörungen
- erhöhte Urinausscheidung und gesteigertes Durstgefühl
- Durchfall, Erbrechen, Übelkeit

Bei längerer Therapie können auftreten:

- Kropfbildung
- Gewichtszunahme
- verstärkte Alkoholempfindlichkeit
- ggf. Gesichts- und Knöchelödeme

Zeichen für eine Toxikation sind:

- Meningismus (Nackensteifheit)
- Schläfrigkeit, Schwindel
- verwaschene Sprache
- unkontrollierte Bewegungen
- Erbrechen, Durchfall
- Tremor der Hände
- Rigor und Krampfanfälle bei starker Intoxikation – bis hin zum Tod

Lithium sollte schleichend ein- und muss unbedingt schleichend abgesetzt werden, da ansonsten das Rezidivrisiko stark erhöht ist.

Die **Nebenwirkungen von Carbamazepin** können sein:

- Hautausschlag
- somatoformer Juckreiz
- Müdigkeit, Benommenheit

- Schwindel, Doppelbilder, „Augenzittern“, große Pupillen
- Verschlechterung des Blutbildes
- veränderte Leberfunktionswerte
- Übelkeit
- Stimmungsschwankungen

Auch Carbamazepin sollte schleichend eingesetzt werden.

Die **Nebenwirkungen von Valproinsäure** können sein:

- Schwindel, Müdigkeit, Benommenheit, Kopfschmerzen
- Doppelbilder, Verschwommensehen
- Tremor und Ataxie
- Transaminasenanstieg (kann zu Leberschädigungen führen)
- Gewichtszunahme
- Haarausfall
- Störungen des Blutbildes
- Ödeme
- gesteigerte Aggressivität
- Verhaltensstörungen

Die **Nebenwirkungen von Lamotrigin** können sein:

- Zum Teil gefährliche Haut- und Schleimhaut-Reaktionen (Exanthem, Stevens-Johnson-Syndrom (Ausschlag, Fieber, Abgeschlagenheit), Lyell-Syndrom („verbrühte Haut“), exfoliative Dermatitis (Schälrötelsucht))
- Doppelbilder, Schwindel, Kopfschmerzen
- Übelkeit
- Ataxie
- Tremor
- Verminderung der Granulozyten im Blut
- Leberschädigung
- Verhaltensstörungen

Auch Lamotrigin sollte schleichend eingesetzt werden.

6.5.4 Antipsychotika (Neuroleptika)

Neuroleptika haben die Hauptaufgabe antipsychotisch zu wirken. Das bedeutet, dass sie zum einen dämpfend bei psychomotorischer Erregtheit wirken und so möglichem aggressiven Verhalten entgegenwirken, zum anderen wirken sie Sinnestäuschungen psychotischer Art, Wahndenken aber auch katatonen Symptomen und Ich-Störungen entgegen.

Anwendung finden Neuroleptika daher hauptsächlich bei Schizophrenien (sowohl in der Akut- als auch in der Präventivbehandlung), akuter Manie, wahnhaften Depressionen und bei akuten Erregungszuständen sowie bei psychomotorischer Unruhe, aber auch zunehmend bei Krankheitsbildern wie dem Tourette-Syndrom, Autismus oder Zwangserkrankungen.

Die 1950er Jahre gelten als die Geburtsstunde der Neuroleptika. Zu dieser Zeit wurde der Wirkstoff **Chlorpromazin** aus der Taufe gehoben. Er dient noch heute als Maßstab für die Wirkungsweise, der sogenannten neuroleptischen Potenz, der artverwandten Psychopharmaka. Dabei wird Chlorpromazin der Wert 1 zugeteilt, alle anderen Neuroleptika werden entsprechend darunter oder darüber eingeteilt.(<1 schwach/niedrigpotent, 1 bis 10 mittelschwach, 10 bis 50 stark, ab 50 sehr stark/hochpotent).

Hier gilt:
Niedrigpotente Neuroleptika wirken in erster Linie sedierend und nur gering antipsychotisch (helfen also bei Unruhe, Erregung, Angst oder Schlafstörungen).
Daher werden die entsprechenden Neuroleptika oft auch einander ergänzend verabreicht.

Neuroleptika teilen sich in zwei große Gruppen:

Klassische Neuroleptika, die mittels einer Blockade der Dopamin-D_2-Rezeptoren arbeiten und sehr starke motorische Nebenwirkungen verursachen und die
atypischen Neuroleptika, die über andere Mechanismen wirken und sich durch geringere Nebenwirkungen auszeichnen. Auch ihre Wirkung erklärt sich oft über eine Blockade der Dopamin-D_2-Rezeptoren, einige haben jedoch einen Effekt auf die Serotoninrezeptoren.

Klassische Neuroleptika sind zum Beispiel das sehr bekannte Haloperidol sowie Flupentisxol, Melperon, Fluphenazin, Benperidol, Perazin, Promethazin. Ein Problem, neben den zum Teil starken Nebenwirkungen (wie dem extrapyramidalen Syndrom, bei dem sich zum Beispiel Sitzunruhe oder Muskelstarrheit entwickeln), ist, dass sie bei den Negativ-Symptomen der Schizophrenie und bei ca. 30 bis 40 % der Patienten überhaupt nicht wirken.

So werden klassische Neuroleptika mit schwacher Potenz im Allgemeinen zur Sedierung oder Dämpfung bei psychotischen Erregungszuständen eingesetzt, solche mit starker Potenz bei produktiven psychotischen Symptomen (Wahn, Halluzinationen, Ich-Störungen). Oft geschieht das auch in Kombination.

Atypische Neuroleptika wie Clozapin, Queiapin, Risperidon oder Olanzapin zeigen deutlich weniger Nebenwirkungen, sodass es auch eher wahrscheinlich ist, dass sie von den Patienten seltener abgesetzt werden. Außerdem wirken sie gut gegen die Negativ-Symptomatik der Schizophrenie, wie zum Beispiel sozialer Rückzug, Antriebsstörungen und Affektverflachung. Das heißt nicht, dass sie automatisch im individuellen Fall besser sind. Wirkungen und Nebenwirkungen müssen immer von Fall zu Fall abgewogen werden.

Nebenwirkungen

Wie schon erwähnt, können Neuroleptika, je nach Gruppe und auch einzelner Wirkstoffe, starke Nebenwirkungen haben.

Klassische Neuroleptika

- Frühdyskinesen (mögliche parkinsonähnliche Symptome, Schlund-, Zungen, Blickkrämpfe, unwillkürliche Bewegungen der Gesichtsmuskeln am Anfang der Therapie)
- Spätdyskinesen (unkontrollierte, sich wiederholende Bewegungen, wie das Herausstrecken der Zunge, Grimassieren, Rabbit-Syndrom (Lippentremor), die später – ca. innerhalb von drei Jahren – in der Therapie auftreten können)
- extrapyramidales Syndrom: Störungen der Bewegungsabläufe (Muskelstarrheit (ähnlich wie bei Parkinson-Erkrankten), Sitzunruhe, Drang nach ständiger Bewegung)
- Malignes neuroleptisches Syndrom (Achtung! Notfall! Diverse Symptome wie zum Beispiel Rigor, hohes Fieber, Bewusstseinsveränderungen)
- Störungen der Herzfrequenz
- niedriger Blutdruck/Abfall des Blutdrucks im Stehen
- Mundtrockenheit

Atypische Neuroleptika

- Gewichtszunahme
- Erhöhtes Diabetesrisiko
- Risiko eines metabolischen Syndroms
- Störungen der Herzfrequenz
- Bei Clozapin teilweise zusätzlich: Verringerung des Granulozytwertes, starke Sedierung, erhöhter Speichelfluss, Temperaturerhöhung, Probleme mit der Kreislaufregulierung, anticholinerge Wirkung bis hin

zum Delir u. v. m, (daher sind hier genaue Aufklärung des Patienten (bzw. Betreuers) samt schriftlicher Einverständniserklärung und eine engmaschige Blutbildkontrollen zwingend.)

Weiter allgemeine Nebenwirkungen:

- Senkung der Krampfschwelle (kann zu zelebralen (epileptischen) Anfällen führen)
- Blutbildveränderungen
- Störungen der Nieren- und Leberfunktion
- Gewichtszunahme
- Abnahme von Libido/Potenz
- Hormonstörungen bei Frauen
- Thromboembolie
- Lichtempfindlichkeit
- Arzneimittelunverträglichkeit
- Verringerung des Reaktionsvermögens
- mögliche Schädigungen des Gehirns

6.5.5 Anxiolytika und Hypnotika

Anxiolytika sind Substanzen die angst- und spannungslösend sind, Hypnotika (bzw. Sedativa oder Tranquilizer) dienen dahingehend als Schlafmittel. Dabei sind sie teilweise nicht eindeutig abzugrenzen, denn auch Anxiolytika können in einer höheren Dosierung sedierend wirken. Beiden gleich ist, dass sie ein hohes Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential haben.

Anxiolytika und Hypnotika teilen sich in **fünf Gruppen** ein:

- Benzodiazepin
- Non-Benzodiazepin-Hypnotika
- Barbiturate
- Andere Anxiolytika
- Andere Hypnotika

Benzodiazepine

Als bekannteste Wirkstoffe gelten hier Lorazepam (zum Beispiel in Tavor®) oder Diazepam (zum Beispiel in Valium®).

Sie sind

- angstlösend (anxiolytisch) und affektiv entspannend
- sedierend und schlaffördernd
- muskelentspannend
- entkrampfend

Meist werden sie zur akuten Behandlung von Angst- und Unruhezuständen angewandt, wie zum Beispiel Panikattacken, bei schweren Angst- und Erregungszuständen (zum Beispiel bei Schizophrenie oder Manie), bei suizidalen depressiven Patienten oder auch Depressiven, die ängstlich-agierend sind, bei Stupor oder Mutismus oder auch kurzzeitig bei Schlafstörungen.

Achtung! Da sie ein hohes Abhängigkeitspotential haben, dürfen sie nur kurzzeitig (maximal sechs Wochen) und unter ärztlicher Aufsicht eingesetzt werden!

Im Gegensatz zu Barbituraten sind sie jedoch selbst in Überdosierung relativ ungefährlich. Außerdem sind sie gut verträglich.

Nebenwirkungen können sein: Müdigkeit, Einschränkung der Konzentrationsfähigkeit, Verlangsamung der Reaktionszeit, seltener Mundtrockenheit. Wenn höher dosiert wird, können Dysphorie, Sprechstörungen, Schwierigkeiten in der Bewegungskoordination und auch eine zu starke Muskelrelaxation vorkommen. Besonders bei älteren Patienten kann es zu sogenannten Paradoxphänomenen kommen, sprich Erregungszuständen, Agiertheit, Schlaflosigkeit und Euphorie.

Wurden Benzodiazepine länger eingenommen, kann es beim Absetzen nach ca. zwei bis zehn Tagen zu **Entzugssymptomen** kommen. Das können innere Unruhe, Angst, Schlaflosigkeit, Dysphorie, Tremor, erhöhte Herzfrequenz, Schwitzen, Übelkeit bis hin zu paranoid-halluzinatorischen Syndromen, Verwirrtheit, Krampfanfälle, Delir und Wahrnehmungsveränderungen sein. Daher sollte möglichst eine schrittweise Dosisreduktion stattfinden.

Non-Benzodiazepin-Hypnotika

Diese Substanz sind in ihrer Wirkung vergleichbar mit Benzodiazepinen, haben jedoch eine andere Struktur. Sie machen weniger abhängig und sind im Allgemeinen sehr gut verträglich. Noch sind sie allerdings noch nicht allzu gut erforscht.

Barbiturate

Barbiturate waren in der Vergangenheit sehr en vogue, wenn es um die Behandlung von Schlafstörungen ging. Heutzutage werden sie meist bei Epilepsie oder zur Narkoseeinleitung genutzt. Leider haben Barbiturate eine traurige Berühmtheit, da sie häufig bei Suizidversuchen verwandt werden. Denn sie wirken in geringer Dosis sedierend, höheren schnell hypnotisch und schließlich narkotisch. Problematisch sind sie außerdem dahingehend, dass schnell (bereits nach 10 Tagen) eine Toleranzentwicklung einsetzt, was zumeist eine Dosiserhöhung zur Folge hat. So entsteht neben der Gefahr einer Überdosierung auch hier eine hohe Gefahr der Abhängigkeitsentwicklung.

Nebenwirkungen können eine verstärkte Müdigkeit und Konzentrationsschwäche am Tag nach der Einnahme sein. Gleichzeitig besteht bei Überdosierung das Risiko einer Atemdepression.

Auch hier muss der **Entzug** schrittweise erfolgen, da ansonsten Unruhe, delirante Syndrome oder sogar Anfälle vorkommen können.

Andere Anxiolytika und Hypnotika

Zu „Anderen Anxiolytika und Hypnotika“ gehören zum einen **ß-Blocker,** die oft bei Ängsten eingesetzt werden, die gleichzeitig mit ausgeprägten körperlichen Symptomen einhergehen oder an bestimmte Situationen gekoppelt sind (zum Beispiel Lampenfieber oder Prüfungsangst). Sie führen dabei zu keiner Abhängigkeitsentwicklung.

Buspiron wirkt angstlösend – jedoch nicht sedierend oder muskelrelaxierend, auch hier besteht keine Gefahr der Abhängigkeit. Die die Wirkung jedoch sehr langsam einsetzt (Latenz bis zu 14 Tagen), kann diese Substanz nicht zur Akutbehandlung genutzt werden. Meist findet sie bei der generalisierten Angststörung Anwendung.

Bei leichten Schlafstörungen reicht es oft, auf **pflanzliche Präparate** zurückzugreifen – wie Baldrian- oder Hopfen.

Frei verkäuflich sind auch einige **Antihistaminika** wie Dosylamin oder Diphenhydramin, die ebenfalls bei leichten Schlafstörungen helfen können.

Ebenfalls hilfreich sein kann **Chloralhydrat**, dessen Wirkung setzt etwa fünf Stunden anhalten kann. Allerdings setzt hier relativ schnell Wirkungsverlust ein. So können auch hier Abhängigkeitsentwicklungen auftreten. Außerdem darf dieser Wirkstoff nicht bei Patienten mit Magen-/Darm-, Leber- oder Herzerkrankungen angewandt werden.

Verwendung finden außerdem manche **sedierend wirkende Psychopharmaka**, wie sedierend wirkende Antidepressiva oder niederpotente Neuroleptika.

6.5.6 Antidementiva

Antidementiva werden bei Hirnleistungsstörungen zur Verbesserung von Aufmerksamkeit, Gedächtnis und Aufmerksamkeit eingesetzt – sprich, hauptsächlich bei einer Demenz. Dabei können sie jedoch nur verzögernd, nicht heilend wirken.

Man unterschiedet

- Acetylcholinesterase-Hemmer
- Glutamatmodulatoren
- anderen Nooptropika

Acetylcholinesterase-Hemmer hemmen den Abbau des Enzyms Acetylcholinesterase, dass eine Rolle bei der Signalübertragung durch die Nervenzellen spielt und dessen Defizit in der Alzheimer-Demenz eine wichtige Rolle spielt. Sie erhöhen sich die Konzentration dieser Neurotransmitters im synaptischen Spalt.
Nebenwirkungen können Übelkeit, Durchfall, Erbrechen und Muskelkrämpfe sein. Vorsicht sollte bei einer parallelen Gabe von Betablockern, bei schwerem Asthma bronchiale, Prostatahyperplasie oder Herzrhytmusstörungen geboten sein. Auch Geschwüre des Magen-Darm-Traktes sind kontraindiziert.

Glutamatmodulatoren werden bei Alzheimer-Demenz, vaskulärer Demenz oder gemischten Demenzformen eingesetzt. Sie reduzieren eine Überstimulation von glutamatergen Neuronen, was zu Verwirrtheit und Persönlichkeitsveränderungen führen kann. So können sich in Folge Leistungs- und Gedächtnisdefizite verbessern. Angewandt sollten sie nicht bei hochgradiger Niereninsuffizienz. Ansonsten ist die Verträglichkeit aber gut.
Nebenwirkungen können selten Schwindel, Halluzinationen, Müdigkeit, Kopfschmerzen oder auch Verwirrtheit sein.

Andere Nootropika können unterschiedliche Wirkungen haben. Sie können durchblutungsfördernd wirken, die Zellmembranen stabilisieren, die Glukoseverwertung verbessern, als Radikalenfänger dienen oder das Neurotransmittersystem beeinflussen. Hilfreich gelten zum Beispiel Ginkgo-Präparate oder Vitamin E als Radikalen-Fänger sowie Monoaminoxidase-B-Inhibitoren, die die Verfügbarkeit von Phenylethylamin und Dopamin verbessern.

6.5.7 Psychostimulanzien

Psychostimulanzien wirken anregend, antriebsstimulierend und können kurzfristig konzentrations- und leistungssteigernd. Oft werden sie als Drogen konsumiert, können aber auch therapeutisch eingesetzt werden – so zum Beispiel beim ADHS oder bei der Narkolepsie.

Therapeutische Stimulanzien sind:

- Methylphenidat
- Modafinil
- Andere Stimulanzien

Methylphenidat: Bekannt ist hier vor allem das häufig bei ADHS verschriebene Medikament Ritalin®, Es wirkt durch die Rückaufnahmehemmung von Dopamin und bewirkt eine Paradoxwirkung, nämlich eine erhöhte Aufmerksamkeit und einem geringeren Aktivitätsniveau. Da es eine geringe Halbwertszeit hat, muss es relativ häufig am Tag eingenommen werden. Häufige Nebenwirkungen sind Schlafstörungen und Appetitminderung. Außerdem können Kopfschmerzen, eine Tachykardie, Muskelkrämpfe und gastrointestinale Beschwerden auftreten. Die Abhängigkeitswirkung ist relativ gering. Trotzdem sollte vor Verschreibung genau überprüft werden, ob der jeweilige Patient eine Suchtproblematik oder eine dissoziative Verhaltensweise aufzeigt. Bei manischen oder psychotischen Erkrankungen darf Methylphenidat nicht verabreicht werden. Bei Epilepsie sollte engmaschig kontrolliert werden.

Modafinil: Modafinil findet Anwendung bei der Narkolepsie oder bei schwerer Tagesmüdigkeit bei Schichtarbeiten. Die Wirkungsweise ist noch nicht ganz geklärt. Es wird eine Aktivierung bestimmter Rezeptoren, die Verminderung von GABA-Freisetzung o. ä. Vermutet. Achten muss man auf mögliche Einflüsse auf Verhütungsmittel. Recht häufig treten als **Nebenwirkungen** Kopfschmerzen auf.

Andere Stimulanzien: Alternativ zu Methylphenidat wird gelegentlich ein noradrenerg (übersetzt: auf Noradrenalin reagierendes) wirkendes Antidepressivum verschrieben, zum Beispiel die Substanzen Deipramin, Venlafaxin oder Reboxetin. Eine Abklärung von möglichen depressiven Symptomatiken und nach Aufklärung des Patienten, kann eine dieser Alternativen problemlos verwandt werden.

6.5.8 Psychopharmaka in Schwangerschaft und Stillzeit

In Schwangerschaft und Stillzeit wirken Psychopharmaka nicht nur auf eine Person – sondern direkt zwei. Das kann schnell heikel werden. Viele Psychopharmaka sind in diesem Lebensabschnitt daher nicht zugelassen. Das kann bei einem Arzt in Fällen, in denen das betreffende Psychopharmaka dringend notwendig ist, zu großen Konflikten führen. Viele Medikamente, vor allem bestimme Stimmungsstabilisierer, können Fehlbildungen beim Embryo bewirken, es kann zu Wachstumsverzögerungen und neurologische Störungen kommen. Nach der Geburt kann beim Kind ein Entzugssyndrom auftreten. Ein weiteres Risiko ist, dass bei der Mutter manche Erkrankungen, die vielleicht vorher abgeklungen waren, wieder auftreten.

Daher ist immer bei einer geplanten oder bereits eingetretenen Schwangerschaft eine genaue und individuelle Beratung notwendig. Denn ein mögliches direktes Weglassen des Medikaments, was eine ganz natürliche Reaktion einer Schwangeren ist, kann hochgradig gefährlich sein.

Es geht erst einmal darum, Ruhe zu behalten und alle Risiken und Möglichkeiten genau abzuwägen:

- Wie ist zu vermuten, wirkt sich die Schwangerschaft auf die Psyche der Mutter aus?
- Was passiert, wenn die bisher eingenommen Medikamente abgesetzt werden?
- Können die Psychopharmaka gegebenenfalls niedriger dosiert werden? (Und macht das Sinn?)
- Soll ich die Medikamente (wegen des Entzugssyndroms beim Kind) vor der Geburt absetzen?
- Welche Wirkung haben die Psychopharmaka auf die Entwicklung des Kindes im Mutterleib?

Da alle Psychopharmaka auch in die Muttermilch übergehen, gilt auch während der Stillzeit dasselbe.

6.5.9 Psychopharmaka im Alter

Bei älteren Patienten über 70 Jahren gibt es einiges bei der Verabreichung von Psychopharmaka zu beachten.

1. Das Risiko von Nebenwirkungen bei dieser Patientengruppe doppelt so hoch wie bei jüngeren Patienten.

Das können zum Beispiel sein:

- Antidepressiva oder Antipsychotika: orthostatische Dysregulation (Abfall des Blutdrucks im Stehen)
- Klassische Neuroleptika: Hohe Empfänglichkeit für extrapyramidalmotorische Nebenwirkungen (Probleme mit den Steuerungsvorgängen der Motorik)
- Benzodiazepine: starke Sedierung
- Trizyklische Antidepressiva: Hohe Empfänglichkeit für anticholinerge Nebenwirkungen (Hemmung des entsprechenden Transmitters) mit der Gefahr eines anticholinergen Delirs (Verwirrung, Halluzinationen, Erregung).

2. Oftmals erhöht sich das Risiko der Über-, bzw. Fehldosierung.

Ursachen liegen in Veränderungen innerhalb der Organe (Verringerung der Leber- und Nierenfunktion), in Stoffwechselveränderungen - und natürlich auch in Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten oder natürlich in dementiellen Erscheinungen und der damit verbundenen möglichen fehlerhaften Einnahme von Medikamenten.

Ärzte werden daher angehalten, Psychopharmaka möglichst niedrig zu dosieren, eine Polypharmatherapie (mit mehreren Medikamenten) möglichst zu vermeiden, engmaschig zu kontrollieren und möglichst Psychopharmaka zu meiden, die hypnotensiv oder sedierend wirken.

6.6 Biologische Therapieformen

6.6.1 Einführung

Neben den psychotherapeutischen Verfahren und der Psychopharmakologie gibt es eine weitere Form der Therapie, die einzeln oder ergänzend vor allem bei affektiven Störungen oder auch der Schizophrenie hervorragende Effekte erzielen kann: die biologischen Therapie. Sie zielt in ihren Methoden allein auf körperliche und neurologische Veränderungen ab.

Die wichtigsten Methoden sind:

- Schlafentzugstherapie
- Lichttherapie
- Elektrokonvulsionstherapie
- Psychochirurgie
- Körper-/Sporttherapie

6.6.2 Schlafentzugsbehandlung

Die Schlafentzugstherapie wird oftmals bei depressiven Syndromen bei einem stationären Aufenthalt eingesetzt.

Sie kann unter kontrollierten Bedingungen über die komplette Nacht eingesetzt werden (ca. alle fünf bis sieben Tage soll ein Schlafentzug von 36 Stunden erreicht werden) oder nur partiell in der zweiten Nachthälfte (Der Patient geht ca. zweimal die Woche zu normalen Zeiten zu Bett, um ca. 01:30 Uhr wird er geweckt und wird wach gehalten). Teilweise werden, nach gutem Ansprechen auf den kompletten Entzug, auf einen längeren Zeitraum Schlafphasen auch vorverlegt. So werden direkt die REM-Phasen, die Traumphasen eines Menschen, angesprochen.

Ziel ist eine Stimmungsaufhellung, die auch bei ca. 50 bis 60 % der Patienten auch tatsächlich erreicht wird. Warum der Schlafentzug funktioniert ist noch nicht geklärt, man weiß nur, dass er es tut.

Relevante **Nebenwirkungen** gibt es selten. Oftmals leiden Patienten nach der Therapie allein über Müdigkeit oder Kopfschmerzen. Nur gelegentlich kann es zu akuter Suizidalität, Ausbrüchen von Psychosen, Manie, epileptischen Anfällen, zu Verschlechterung der Depression oder zur Manifestation von Schizophrenien kommen.

Unterstützt wird diese Therapie meist durch die Gabe von Psychopharmaka.

6.6.3 Lichttherapie

Die Lichttherapie findet meist bei saisonalen Depressionen Anwendung. Eine Lampe simuliert per hellem, weißen Licht über das gesamte Spektrum hinweg (bis auf Ultraviolett) das Tageslicht eines sonnigen Frühlingstages.

Der Patient wird dazu angehalten, möglichst morgens 30 Minuten (bei stärkeren Geräten) bis zu zwei Stunden (bei schwächeren Geräten) jede Minute für ein paar Sekunden in dieses Licht zu schauen. In der Zwischenzeit kann er ganz alltägliche Arbeiten durchführen – zum Beispiel lesen oder essen. Eine positive Wirkung tritt meist schon nach drei bis vier Tagen ein und geschieht über die Hemmung des Melatoninhaushaltes.

Nebenwirkungen sind nicht bekannt, man sollte die Lichttherapie nur vorsichtshalber nicht anwenden, wenn eine Lichtempfindlichkeit der Haut besteht.

6.6.4 Elektrokrampftherapie

Kaum eine biologische Therapieform wird von Patienten häufig so gefürchtet wie die Elektrokonvulsionstherapie (EKT). Das hängt mit dem historischen Kontext zusammen, in dem „Elektroschocks“ oftmals angewandt wurden. Diese Methoden haben jedoch mit der heutigen EKT nicht mehr viel zu tun.

Anwendung findet diese Therapie meist bei wahnhaften Patienten und auch jenen, die an therapieresistenten Depressionen leiden – außerdem bei therapieresistenten Manien oder Katatonien im Rahmen einer Schizophrenie.

Im Rahmen einer Narkose wird durch elektrische Impulse ein Krampfanfall im Gehirn ausgelöst. Dabei dauert der Vorgang, bei dem der Patient lückenlos überwacht wird, nur ca. eine Minute. Im Allgemeinen finden ca. sechs bis zwölf Sitzungen statt, ca. zwei- bis dreimal pro Woche.

Wodurch diese Methode nun genau wirkt, weiß man nicht, jedoch vermutet man, dass die Krampfanfälle die Ausschüttung von Neurotransmittern und Neurohormonen anregen oder die Krämpfe regenerative Prozesse im Nervengewebe anstoßen. Für viele – vor allem depressive Patienten – ist die EKT oftmals die letzte Hoffnung, wenn keine anderen Methoden bei ihnen gewirkt haben.

Angewandt werden darf die EKT zum Beispiel nicht bei Raumforderungen und Läsionen im Gehirn, bei Aneurysma, Retinaablösung, Asthma, Herzrhytmusstörungen u. v. m. Daher muss der körperliche Status des Patienten im Vorfeld immer genau überprüft und eine schriftliche Einwilligung eingeholt werden.

Nebenwirkungen können Kopfschmerzen, Übelkeit oder Muskelkater sein – aber auch leichte Störungen von Gedächtnis und Merkfähigkeit oder eine Amnesie (anterograd oder retrograd).

6.6.5 andere Stimulationsverfahren

Andere Stimulationsverfahren, die für (therapieresistente) Depressionen demnächst Anwendung finden könnten wie die repetitive transkranielle Magnetstimulation (tRMS), die Vagusnervstimulation und auch eine tiefe Hirnstimulation sind momentan in der Erprobung. Letztere arbeiten über eine chronische Stimulation, die tRMS funktioniert nichtinvasiv über magnetische Impulse.

6.6.6 Psychochirurgie

Die Psychochirurgie wurde und wird immer noch oft sehr kritisch gesehen. Unter ihr versteht man chirurgische Eingriffe am Gehirn, meist bei Schizophrenie oder auch schweren Zwangsstörungen, bei Parkinson, Tourette oder auch Epilepsie.

Man unterscheidet irreversible und reversible Verfahren.

Irreversible Verfahren können in ihrem Ergebnis nicht rückgängig gemacht werden. Vielen bekannt ist zum Beispiel die Lobotomie, die bereits in den 1930 Jahren entwickelt wurde, und bei der Nervenbahnen im Gehirn durchtrennt werden, mit dem Ziel, Schizophrene, depressive oder aggressive Patienten zu beruhigen – dies oftmals mit massiven Nebenwirkungen wie emotionaler Verflachung. Heutzutage sind mit den der limbischen Leukotomie, der anterioren Kapsulotomie oder der Zingulotomie, um nur einige Verfahren zu nennen, die Methoden etwas differenzierter geworden. Trotzdem stehen sie teilweise unter schwerer Kritik, sind aber auch tatsächlich nur Mittel der letzten Wahl.

Unter **reversiblen** Verfahren versteht man Eingriffe, deren Ergebnisse rückgängig gemacht werden können. Sie finden zum Beispiel durch den Einsatz eines Hirnschrittmachers beim Tourette-Syndrom oder bei einer Parkinson-Erkrankung Anwendung. Über eine dauerhaft mögliche Hirnstimulation werden so Symptome gelindert. Dieses Verfahren ist noch sehr jung, sodass nicht allzu viele Erfahrungswerte vorliegen.

Nebenwirkungen können Depressionen, Manie und kognitive Verschlechterungen, ggf. auch Persönlichkeitsveränderungen sein.

6.6.7 Körper-/Sporttherapie

Schon ein geflügeltes Zitat ist jenes des römischen Dichtes Juvenal, das besagt, dass in einem gesunden Körper ein gesunder Geist lebe. Und tatsächlich kann körperliche Betätigung sich sehr positiv auf die Vorbeugung, Rehabilitation von und Verbesserung des Wohlbefindens bei psychischen Störungen auswirken. Dabei wird der Patient nicht nur auf der körperlichen, sondern auch auf der emotionalen, sozialen und kognitiven Ebene angesprochen und aktiviert.

Die Körperwahrnehmung wird verbessert und ein höherer Grad der Entspannung erreicht. Gleichzeitig werden durch Gruppenaktivitäten zwischenmenschliche Beziehungsebenen angesprochen, die Eigen- und Fremdwahrnehmung werden geschult, das Selbstbewusstsein aufgebaut, sowie Regeln (neu) erlernt.

Meist wird die Sporttherapie mit in ein psychoedukatives und verhaltenstherapeutisches Gesamtkonzept gebettet und zum Beispiel bei Depressionen, Angststörungen oder auch bei Demenz eingesetzt.

Kapitel 7:

Rechtliche Grundlagen

7.1 Einführung

7.2 Betreuung

7.3 Unterbringung

7.4 Beurteilung von Geschäfts- Testier- und Einwilligungsfähigkeit

7.5 Beurteilung und Behandlung psychisch Kranker im Zusammenhang mit Straftaten

7.6 Sozial- und versicherungsmedizinische Begutachtung

7.7 Beurteilung der Fahreignung

7.8 Schweigepflicht

7.9 Patientenrecht

7.1 Einführung

Eine psychiatrische Begutachtung definiert sich über ihr Betätigungsfeld, nämlich der Beschäftigung mit psychiatrischen Inhalten in Zusammenhang mit rechtlichen Angelegenheiten, wie Betreuung, Unterbringung oder Beurteilung im Rahmen von Ordnungswidrigkeiten oder Verbrechen. So ergeben sich drei Bereiche:

- Sozialrechtlich: Begutachtung, wenn es um Leistungsansprüche zum Beispiel gegenüber der Kranken-, Renten- oder Unfallversicherung geht.
- Zivilrechtlich: Begutachtung bei Fragen zur Betreuungsnotwendigkeit von Menschen, die psychisch erkrankt sind.
- Strafrechtlich: Begutachtung in Sachen Schuldfähigkeit zum Zeitpunkt einer Straftat.

Für ein Gutachten dient ein Sachverständiger – Facharzt oder Amtsarzt – als medizinischer Sachverständiger im Auftrag eines Gerichts. Dabei entscheidet er nicht, sondern schätzt nur ein und gibt ein entsprechendes Gutachten als Entscheidungsgrundlage für das Gericht ab. Basis für ein Gutachten sind Diagnosestellung, Zuordnung der Diagnose in Richtung der juristischen Begrifflichkeiten und Beantwortung der jeweiligen Fragen des Gerichtes.

Im Gegensatz wird das „Ärztliche Zeugnis“ durch den Betreffenden selbst in Auftrag gegeben und auch durch ihn bei einem Gericht vorgelegt. Das ärztliche Zeugnis kann auch durch einen Hausarzt ausgestellt werden. Hierin finden sich Vorgeschichte, Untersuchungsergebnis, Diagnose und Beurteilung zum jeweiligen Fall.

7.2 Betreuung

Während man bis 1992 noch von Entmündigung, vorläufiger Vormundschaft oder Pflegschaft sprach, spricht man heute von Betreuung (nach dem Betreuungsgesetz §§ 1896 bis 1908 BGB)[10]

Bei der Betreuung findet keine vollkommene Entmündigung statt, sondern dem Betreffenden wird durch einen Rechtsbeistand bei seinen täglichen Angelegenheiten geholfen, sodass er weiterhin sein Leben im Rahmen seiner Möglichkeiten gestalten kann.

Voraussetzungen sind:

- Volljährigkeit
- Psychische Krankheit oder körperliche, geistige oder seelische Behinderung
- Die eigenen Angelegenheiten können ganz oder teilweise nicht erledigt werden.

Prozedere

Das Vormundschaftsgericht stellt in diesem Fall auf Antrag des Betreffenden selbst oder von Amts wegen nach einem entsprechenden Gutachten und nach Anhörung des Betroffenen, wenn alle Punkte des Antrages zutreffen, einen Betreuer. Dieser kümmert sich in Folge um die Angelegenheiten (und auch nur diese), für die seine Unterstützung als notwendig definiert wurde.

Dritte (Ärzte, Ehepartner, Verwandte, Freunde oder die Staatsanwaltschaft) dürfen keine Betreuung einrichten – sie können sie nur anregen.

Als Betreuer kommen Familienangehörige, Mitarbeiter eines entsprechenden Betreuungsvereins oder einer entsprechenden Behörde zum Einsatz. Wünsche des Betroffenen haben dabei Vorrang.

Zunehmend wichtig werden (Alters-)Vorsorgevollmachten – vor allem in Anbetracht der zunehmenden Anzahl an Demenz-Erkrankungen –, die Betroffene zu Zeiten der noch bestehenden Geschäftsfähigkeit erteilen. Ebenso sollten eine Patientenverfügung und ein Einwilligungsvorbehalt entsprechend rechtzeitig eingerichtet werden.[11]

---

10 Köhler, Helmut: Bürgerliches Gesetzbuch BGB: mit Allgemeinem Gleichbehandlungsgesetz, BeurkundungsG, BGB-Informationspflichten-Verordnung, Einführungsgesetz. Beck, 2013 (71.Auflage).

11 Siehe auch: Bundesministerium der Justiz: **Patientenverfügung:** Leiden – Krankheit – Sterben – Wie bestimme ich, was medizinisch unternommen werden soll, wenn ich entscheidungsunfähig bin? Berlin, 2013

Aufgaben

Die Aufgabenbereiche werden für den Betreuer vordefiniert (notfalls zwischen zeitlich angepasst) und hängen von der Einwilligungsfähigkeit des zu Betreuenden ab. Meistens sind dies:

- Vermögensverwaltung – Regelung der finanziellen Angelegenheiten des zu Betreuenden
- Sorge für die Gesundheit – Ansprechpartner für den jeweiligen Arzt, Abschluss von Krankenhausverträgen, Einwilligungen für oder Versagen von Eingriffe(n). (Bei großen Risiken muss eine zusätzliche Genehmigung durch das Vormundschaftsgerichts erteilt werden. Es sei denn, es ist Gefahr im Verzug.)

Der Betreute bleibt jedoch weiterhin geschäftsfähig – solange nicht das Gegenteil nachgewiesen wird.

Im Zentrum der Betreuung steht immer der Wunsch des Betreuten und seine freie Entfaltung. (Natürlich nur, solange es dem Betreuer zuzumuten ist und seinem Wohl nicht zuwiderläuft). Wichtige Angelegenheiten müssen daher auch immer zwischen Betreuer und Bereuten besprochen werden, es sei denn, der Betreffende ist dazu nicht (mehr) in der Lage.

Dauer

Von der Dauer her wird eine Betreuung so lange eingerichtet, wie sie notwendig ist. Eine Überprüfung muss dabei spätestens nach fünf Jahren stattfinden.

Gleichzeitig können bei Problemen sowohl Betreuer als auch Betreuter bei Gericht einen Betreuerwechsel beantragen. Dies sollte jedoch nur in Ausnahmefällen geschehen.

Unterbringung gegen den eigenen Willen in einem Betreuungsfall

Sollte eine Unterbringung gegen den eigenen Willen notwendig werden, gelten folgende Voraussetzungen, nämlich dass

- eine psychische Erkrankung oder eine geistige oder seelische Behinderung vorliegen,
- wegen der eine akute Eigengefährdung (Gefahr der Selbsttötung, Zufügung eines gesundheitlichen Schadens, Verhungern, Erfrieren etc.) besteht
- und die nicht anders abgewendet werden kann.

Oder:

- eine psychische Erkrankung oder eine geistige oder seelische Behinderung vorliegen,
- eine Untersuchung des Gesundheitszustandes, eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff notwendig sind,

- die ohne Unterbringung nicht durchgeführt werden kann und
- der Betroffene aufgrund seiner psychischen Krankheit oder geistigen, bzw. seelischen Behinderung die Notwendigkeit der Unterbringung nicht erkennt oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann.[12]

In diesem Fall kann das Vormundschaftsgericht nach einem entsprechenden Gutachten durch einen Sachverständigen dem Betreuer die beabsichtigte Unterbringung für einen Zeitraum von bis zu einem Jahr (bis in Ausnahmefällen zwei Jahren) genehmigen.

Bei einer Fremdgefährdung gelten die Landesunterbringungsgesetze (siehe folgendes Kapitel).

---

12 Köhler, Helmut: Bürgerliches Gesetzbuch BGB: mit Allgemeinem Gleichbehandlungsgesetz, BeurkundungsG, BGB-Informationspflichten-Verordnung, Einführungsgesetz. Beck, 2013 (71.Auflage). § 190 BGB – Unterbringung.

7.3 Unterbringung

Bestehen eine akute Selbst- oder/und Fremdgefährdung aufgrund einer psychischen Erkrankung, so kann eine freiheitsentziehende Maßnahme durch eine Unterbringung auch gegen den Willen des Betreffenden notwendig sein. Wichtig sind auf jeden Fall eine überzeugende Begründbarkeit und die Einhaltung der notwendigen Formalia auf Basis der gesetzlichen Grundlage. Basis ist das Landesunterbringungsgesetzes (Psych-KG), das von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich – jedoch nur in kleinen Abweichungen – geregelt ist.

Allgemein steht fest, dass eine Unterbringung gegen den eigenen Willen nur stattfinden kann, wenn

- eine psychische Erkrankung vorliegt,
- wegen der eine akute Fremd- oder Eigengefährdung besteht
- und die nicht anders abgewendet werden kann.

Zunächst kann jeder Arzt (auch ein Notarzt) in eine entsprechende psychiatrische Klinik einweisen. Auch die Polizei kann einen Betroffenen in eine Klinik verbringen, hier muss dieser jedoch direkt von einem Facharzt untersucht werden.

In der Klinik muss der behandelnde Klinik-Arzt sofort (spätestens am Tag nach der Aufnahme) schriftlich einen „Antrag auf richterliche Anordnung der Unterbringung“ samt ärztlichem Zeugnis beim Amtsgericht einreichen (bei Minderjährigen beim Vormundschaftsgericht). Es folgt eine richterliche Anhörung von Klinik-Arzt und Betroffenem, nach der der Richter schließlich die Entscheidung trifft, ob der Patient in der Klinik verbleibt.

In der Klinik selbst müssen entsprechende Maßnahmen eingeleitet werden, damit die Eigen- oder/und Fremdgefährdung abgewendet werden. Das kann durch Medikamente geschehen, durch die Wegnahme gefährlicher Gegenstände etc. Eine Fixierung oder Isolierung ist nur gestattet, wenn es wirklich zwingend erforderlich ist.

Entlassen werden kann der Betroffene erneut nur auf richterliche Anordnung. Dafür muss der entsprechende Klinik-Arzt dem Gericht unmittelbar (schriftlich) mitteilen, wenn die Voraussetzungen für die Unterbringung nicht mehr bestehen.

7.4 Beurteilung von Geschäfts- Testier- und Einwilligungsfähigkeit

Die **Geschäftsfähigkeit** beschreibt die Fähigkeit, an privatrechtlichen Geschäftsverkehren teilzunehmen – also zum Beispiel Kaufverträge abzuschließen oder Bankgeschäfte zu tätigen.

- Voll **geschäftsfähig** ist man ab einem Alter von 18 Jahren, wenn keine Geschäftsunfähigkeit in Folge einer psychischen Krankheit besteht.
- Als **beschränkt geschäftsfähig** gelten Kinder und Jugendliche zwischen dem vollendetem 7. und 18. Lebensjahr. Rechtsgeschäfte in diesem Alter sind „schwebend unwirksam“. Ausnahme ist die freie Verfügung über zur Verfügung gestelltes Geld durch den gesetzlichen Vertreter oder Dritte (über den sogenannten „Taschengeldparagraphen“).
- **Geschäftsunfähig** sind Menschen unter 7 Jahren und – so definiert es das BGB - „wer sich in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit befindet, sofern nicht der Zustand seiner Natur nach ein vorübergehender ist.“[13] Sie brauchen einen gesetzlichen Vertreter (zum Beispiel die Eltern oder einen Betreuer).

Ausnahmen gibt es kaum, bis auf zum Beispiel die *„partielle Geschäftsfähigkeit“*. Diese gilt, wenn sich eine psychische Störung nur auf einen einzelnen Bereich bezieht, sich der Betroffene aber ansonsten ganz normal im Geschäftsleben bewegen kann. Dies gilt zum Beispiel beim Eifersuchtswahn, wenn hier alle Rechtsgeschäfte ausgeschlossen werden, die mit seiner Ehe zu tun haben.

„Krankhafte Störungen der Geistestätigkeit“ sind jene Störungen, bei Urteilsvermögen und Willensbildung stark beeinträchtigt sind. Das können zum Beispiel sein:
Als Zustände krankhafter Störung der Geistestätigkeit gelten unter anderem:

- geistige Behinderung
- Demenzen
- Wahn
- Halluzinationen
- Affektive Störungen, wenn Wahnzustände auftreten oder Antriebshemmungen, Apathie oder auch Euphorie bestehen
- Alkoholkrankheit – bei schwerwiegenden zelebralen Krankheitsbildern

---

13 Köhler, Helmut: Bürgerliches Gesetzbuch BGB: mit Allgemeinem Gleichbehandlungsgesetz, BeurkundungsG, BGB-Informationspflichten-Verordnung, Einführungsgesetz. Beck, 2013 (71.Auflage). § 104 BGB – Geschäftsunfähigkeit..

„Vorübergehende Störungen der Geschäftstätigkeit“ sind zeitlich begrenzte Störungsbilder, wie Delirien, Psychosen, Dämmerzustände oder Rauschzustände.
Die Feststellung über eine Geschäftsunfähigkeit wird von einem Gutachter beurteilt und ein Gericht im Streitfall beschlossen.

Bei der **Testierfähigkeit** als Unterform der Geschäftsfähigkeit geht es um die Fähigkeit, ein Testament aufzustellen – oder aufzuheben. Auch die Testierfähigkeit beurteilt ein entsprechender Gutachter. Meist entstehen die entsprechenden Streitfälle nach dem Tod des Betreffenden. So ist es anzuraten, beim Erstellen eines möglicherweise strittigen Testaments, gleichzeitig seine Testierfähigkeit durch ein psychiatrisches Gutachten zu belegen.

Ein weiterer Spezialfall ist die **Prozessfähigkeit.** Sie steht für die Fähigkeit, selbst oder durch einen Vertreter (der selbst bestimmt wurde, wie ein Anwalt) einen Prozess zu führen. Als partiell prozessunfähig kann man zum Beispiel eingestuft werden, wenn man unter einem Querulantentum in wahnhafter Form leidet.

Die **Einwilligungsfähigkeit** betrifft die Einwilligung zu medizinischen Eingriffen oder Behandlungen, zum Beispiel medikamentös oder auch über eine Psychotherapie. Da, liegt keine Einwilligung vor, schnell der Tatbestand einer vorsätzlichen Körperverletzung oder auch eine Verletzung der Persönlichkeitsrechte angezeigt werden kann, sollen möglichst in notwendigen Fällen Einwilligungserklärungen vorliegen. Dafür muss der Betroffene in der Lage sein, den jeweiligen Eingriff in Bedeutung und Tragweite einschätzen zu können. Besteht keine Einwilligungsfähigkeit, muss eine Betreuung eingerichtet werden oder ein Gericht dem Eingriff zustimmen.

Übrigens: Wer geschäftsunfähig ist, kann trotzdem einwilligungsfähig sein, wenn er Bedeutung und Tragweite des Eingriffs begreift.

7.5 Beurteilung und Behandlung psychisch Kranker im Zusammenhang mit Straftaten

Wer im deutschen Recht ohne Schuld handelt, kann auch nicht bestraft werden. Das gilt in Bezug auf das Alter – aber auch wenn eine psychische Erkrankung vorliegt. Im letzteren Fall regeln die Paragraphen § 20 und 21 des Strafgesetzbuches die (verminderte) Schuld(un)fähigkeit.

- Als **schuldunfähig** gilt, wer das Unrecht einer Tat aufgrund einer seelischen Störung, einer tiefen Bewusstseinsstörung, wegen „Schwachsinns“ oder einer andern „seelischen Abartigkeit“ nicht einsehen kann und nicht entsprechend handeln kann.[14]
- **Vermindert** schuldfähig ist ein Täter, wenn die Schuldfähigkeit deutlich gemindert ist – zum Beispiel durch eine Drogen- oder Alkoholabhängigkeit.

Als seelische Störung, einer tiefen Bewusstseinsstörung, wegen „Schwachsinns“ oder einer andern „seelischen Abartigkeit“ im juristischen Sinn gelten:

- Organische seelische Störungen (wie Demenz)
- schwere affektive Störungen mit Wahn-Anteilen
- Suchterkrankungen
- Schizophrenie und wahnhafte Störungen
- Dissoziative Störungen ab dem Stadium von wesensfremden Handlungen und eines Dämmerzustandes mit Amnesie
- akute Belastungsreaktionen, eine hochgradige affektive Erregung oder Affektstörungen (entsprechende Vorgeschichte, affektive Ausgangssituation, Tatverlauf abrupt und kurz, auslösender Faktor durch das Opfer, starke Bewusstseinseinengung des Täters)
- Erhebliche angeborene Intelligenzminderung
- Schwere andere „Abartigkeiten“ wie sexuelle Devitationen oder neurotische Störungen

Dies wird über ein psychiatrisches Gutachten beurteilt. Ist eine verminderte Schulfähigkeit vorhanden, kann das Gericht eine mildere Strafe aussprechen und ggf. die Möglichkeit einer Unterbringung in einen Maßregelvollzug in ein psychiatrisches Krankenhaus prüfen.

---

14 Weigend, Thomas: Strafgesetzbuch StGB: mit Einführungsgesetz, Völkerstrafgesetzbuch, Wehrstrafgesetz, Wirtschaftsstrafgesetz, Betäubungsmittelgesetz, ... Rechtsstand: 1. September 2012Beck, 2012. § 20 – Schuldunfähigkeit.

War der Täter bei der Tat schuldunfähig, so muss er freigesprochen werden. Hier kann die Unterbringung im Maßregelvollzug angeordnet werden. Im Zweifel gilt: „in dubio pro reo“ (Im Zweifel für den Angeklagten) inklusive Freispruch.

Ausnahme ist der **Vollrausch** durch Alkohol oder andere Drogen. Hier wird bestraft, dass der Betroffene sich berauscht hat – und in dessen Folge eine Straftat begangen hat – auch wenn er zum Zeitpunkt des Rausches eigentlich schuldunfähig ist. Dies betrifft vor allem Diebstähle, Trunkenheit im Verkehr, Delikte aus einem Affekt heraus, Sexualstrafbestände oder Diebstähle.

Maßregelung gilt als Mittel unabhängig von der Schuldfrage. Es geht darum, gefährliche (schuldunfähigen) Täter zu therapieren und somit zu bessern. Will man die Gemeinschaft vor ihm zu schützen, handelt es sich im eine **Sicherungsverwahrung** gemäß § 66 StGB, die sich einer Haft anschließt. Untergebracht wird der Straftäter in einer psychiatrischen Klinik oder bei einer Abhängigkeitserkrankung in einer Entziehungsanstalt (dieses jedoch nicht länger als zwei Jahre). Dabei muss regelmäßig überprüft werden, ob die Voraussetzungen für die jeweilige Unterbringung noch gegeben sind.

Außer bei der **Sicherungsverwahrung** bestimmt das Gericht, ob der Täter dem Verbringen in die Klinik einen Teil oder die ganze Strafe im Strafvollzug (Gefängnis) verbringen muss.

7.6 Sozial- und versicherungsmedizinische Begutachtung

Es kann immer einmal passieren, dass Menschen aufgrund von Behinderungen – auch psychischer Art – **teilweise oder voll erwerbsgemindert** werden. Dass heißt, dass sie nicht mehr in dem Maße in der Lage sind, eine Berufstätigkeit auszuüben, wie sie es zuvor getan haben. Teilweise erwerbsgemindert bedeutet dabei, dass sie doch noch maximal sechs Stunden täglich arbeiten können. Als vollständig erwerbsgemindert gilt man, wenn das maximal drei Stunden täglich der Fall ist. Das fehlende Arbeitseinkommen wird in diesem Fall unter bestimmten Voraussetzungen von der gesetzlichen und ggf. auch privaten **Rentenversicherung** zu einem gewissen Grad übernommen.

Zur Genehmigung (oder Ablehnung) der Ansprüche wird neben den jeweiligen Vertragsgrundlagen durch einen entsprechenden Gutachter beurteilt, welche Krankheiten oder auch Behinderungen vorliegen sowie zu welchen Arten der Einschränkungen sie, bezogen auf die berufliche Tätigkeit, führen und ob sie eine vollständige oder nur teilweise Erwerbsminderung verursachen. Gleichzeitig muss der psychiatrische Gutachter abschätzen, ob diese Einschränkungen möglicherweise dauerhaft sind oder sich nur auf einen bestimmten Zeitraum erstrecken und Aussicht auf Verbesserung des Gesundheitszustandes besteht.

Sollte Letzteres nicht der Fall ist, kann eine **Frühberentung** eintreten.

Entwickelt sich nach einem Unfall ein psychischer Gesundheitsschaden, tritt die gesetzliche (allerdings nicht die private) **Unfallversicherung** ein. Die Beurteilung ist gerade bei psychischen Erkrankungen sehr diffizil, da ein direkter Zusammenhang zwischen Unfall und psychischer Erkrankung bestehen muss. Ist dies der Fall, besteht eine weitere Aufgabe des psychiatrischen Gutachters darin, die „Minderung der Erwerbstätigkeit" einzuschätzen.

Bei der **privaten Berufsunfähigkeitsversicherung** muss beurteilt werden, ob der Betroffene sechs Monate ununterbrochen nicht in der Lage wird, seinen Beruf – oder auch eine andere Tätigkeit – entsprechen seiner Ausbildung und Erfahrung auszuüben.

Ist der Betroffene entsprechend dem **Schwerbehindertengesetz** zu mindestens 50 % behindert eingestuft, gilt er als schwerbehindert. Diese Einstufung erfolgt zum Beispiel bei einer floriden schizophrenen Psychose oder affektiven Störung, die länger als sechs Monate besteht, bei einer Schizophrenie oder affektiven Störung mit häufigen Phasen von mehrwöchiger Dauer, bei schweren Zwangsstörungen, bei Alkohol- und Drogenabhängigkeit, je nach Folgeschäden und auch – je nach sozialer Anpassungsfähigkeit, bei einem schizophrenen Residuum.

7.7 Beurteilung der Fahreignung

Vom Straßenverkehr geht eine hohe Gefährdung aus, umso wichtiger ist, dass die Führer von Fahrzeugen auch tatsächlich fahrtüchtig sind. Das kann bei psychischen Krankheiten manchmal – nicht nur wegen der **Erkrankung** selbst, sondern auch wegen einer etwaigen **Medikamentation** – ausscheiden. So kann die Einnahme von trizyklischen Antidepressiva, einigen Neuroleptika, aber besonders jene von sedierenden Psychopharmaka in Kombination mit Alkohol kritisch sein.

So oder so gelten Patienten in schwer depressiven und manischen Phasen als fahruntüchtig, ebenso jene in einer akuten Phase einer Schizophrenie oder bei drogeninduzierten Problematiken. In Folge können Reaktions- und Konzentrationsfähigkeit oder auch die Urteilsfähigkeit eingeschränkt sein. Ggf. wirken sich die persönlichen Affekte auf die eigene Fahrweise aus.

Zunächst einmal hat jeder Autofahrer die Pflicht der Vorsorge für seine eigene Fahrtüchtigkeit. Eine Vernachlässigung hätte (außer der Gefährdung der eigenen Person und auch anderer) strafrechtliche Konsequenzen. Plant man, sich hinter das Steuer eines Fahrzeuges zu setzen, muss gesichert sein, dass die Bereiche Aufmerksamkeit, Belastbarkeit, Reaktionsgeschwindigkeit, Konzentrationsfähigkeit und visuelle Wahrnehmung leistungsfähig sind. Bei entsprechenden Zweifeln sollte der Betroffene sich einer Überprüfung der Fahrtüchtigkeit bei einer amtlich anerkannten Gutachterstelle unterziehen. Diese Untersuchung führt im Übrigen auch bei einem negativen Ergebnis nicht direkt zum Führerscheinentzug.

Gleichzeitig ist es auf jeden Fall ärztliche und therapeutische Pflicht, Patienten in Bezug auf seine Fahr(un)tüchtigkeit aufzuklären, ihm am besten ein entsprechendes Formblatt auszuhändigen. Es besteht jedoch weder vonseiten des Arztes oder des Therapeuten noch des Patienten die Pflicht, die zuständigen Behörden darüber zu informieren. (Schweigepflicht!) Eine Ausnahme besteht aufseiten des Behandlers, wenn nach genauer Abwägung ein gerechtfertigter Notstand (§ 34 StGB), zum Beispiel wenn eindeutig eine Eigen- und/oder Fremdgefährdung besteht.

Ist ein Autofahrer mehrmals wegen Verkehrsvergehen oder aufgrund einer schwerwiegenden Verkehrsstraftat auffällig geworden, wir er zur **medizinisch-psychologischen Untersuchung (MPU)** herangezogen – oder kann sich auch zum Punkteabbau im Verkehrszentralregister dieser freiwillig unterziehen. Bei dieser Untersuchung wird eine Prognose zur „Verkehrsbewährung“ als Grundlage zur Entscheidungsfindung, ob eine Fahrerlaubnis entzogen oder wieder erteilt wird, bzw. ob ein Punkteabzug stattfindet. Beurteilt werden dabei hauptsächlich die Auseinandersetzung mit den Ursachen seines Fehlverhaltens und eine zu vermutende stabile Änderung seiner Einstellung und seines Verhaltens.

7.8 Schweigepflicht

Wer Menschen therapiert, bzw. einem Heilberuf nachgeht, unterliegt der **Schweigepflicht**. Das bedeutet, dass alles, was unter vier Augen besprochen wird, auch dort verbleiben soll – es sei denn, man wird durch den Patienten von der Schweigepflicht entbunden. Hält man sich nicht daran, drohen eine Freiheitsstrafe von bis zu einem Jahr oder eine Geldstrafe.[15] Die Schweigepflicht muss somit sehr ernst genommen werden. Denn selbst Gespräche mit Angehörigen dürfen, wenn der Patient entscheidungsfähig ist, nur nach einer Entbindung der Schweigepflicht geschehen. Übrigens gilt das auch bei Gerichts- und Ermittlungsverfahren, hier hat ein Therapeut aufgrund der Schweigepflicht ein Zeugnisverweigerungsrecht.

Ausnahmen sind Eigen- und Fremdgefährdung, die nur durch den Bruch der Schweigepflicht abwendbar sind und die Weitergabe einfacher Informationspflichten (Leistungsabrechnung mit dem Versicherer).

Der Austausch zum Zwecke der Supervision muss anonym bleiben, ist aber zur Sicherstellung der Qualität der eigenen Arbeit ansonsten gestattet.

---

15 Weigend, Thomas: Strafgesetzbuch StGB: mit Einführungsgesetz, Völkerstrafgesetzbuch, Wehrstrafgesetz, Wirtschaftsstrafgesetz, Betäubungsmittelgesetz, ... Rechtsstand: 1. September 2012Beck, 2012. § 203 b – Schweigepflicht.

7.9 Patientenrecht

Mitte 2013 wurden noch einmal die **Patientenrechte** per Verankerung im BGB[16] gestärkt, was zu einigen Pflichten auch des Heilpraktikers (Psychotherapie) führt.

Das heißt nun:

- Umfassende Aufklärung und umfangreiche Information zur Behandlung (Diagnose, Behandlung, Risiken, etwaige Alternativen).
- Genaue Aufklärung der zu erwartenden Behandlungskosten - möglichst schriftlich (falls diese nicht von einem Kostenträger übernommen werden).
- Aufklärung über etwaige Kostenerstattungsprobleme.
- Mündliche Aufklärung (da so Möglichkeit der Rückfragen) zur bevorstehenden Behandlung auf Augenhöhe auch von einwilligungsunfähigen Patienten und/oder des gesetzlichen Vertreters - rechtzeitig vor Behandlungsbeginn.
- Durch den Patienten (oder seinen Vertreter) unterzeichnete Dokumente müssen ihm in Kopie zur Verfügung gestellt werden.
- Verständliche Dokumentation von Behandlungen und Möglichkeit der Einsicht in die Akte auf Seite des Patienten.
- Stärkung der Patientenrechte bei "groben" Behandlungsfehlern.
- Aufklärung der Patienten bei Annahme eines Behandlungsfehlers (jedoch zur genauen Art und Weise).
- Delegation an Hilfspersonal nur nach vorheriger Einverständniserklärung durch den Patienten.

16 Köhler, Helmut: Bürgerliches Gesetzbuch BGB: mit Allgemeinem Gleichbehandlungsgesetz, BeurkundungsG, BGB-Informationspflichten-Verordnung, Einführungsgesetz. Beck, 2013 (71.Auflage). § 137..

Kapitel 8:

Organische, einschließlich somatische, psychische Störungen (ICD-10: F0)

8.1 Einführung

Organische psychische Störungen basieren auf einer definierten Hirnerkrankung. Meist verursacht diese den Verlust kognitiver Fähigkeiten, Orientierungsstörungen, Affektlabilität und/oder Affektinkontinenz. Sie sind teilweise schwierig als organisch bedingt zu erkennen, da sie teilweise Störungsbilder, die nichtorganisch verursacht sind, „vortäuschen“ können. Meist gibt es jedoch Hinweise, wie dass Vorliegen von relevanten krankhaften somatischen Befunden, einer Leitsymptomatik, wie Orientierungs- und Bewusstseinsstörungen, ein zeitlich ersichtlicher Zusammenhang zwischen Symptomatik und organischer Erkrankung inklusive einer Besserung bei Ausheilung der organischen Erkrankung.

Es ist auf jeden Fall immer notwendig, bei Verdacht einer organisch begründbaren psychischen Störung einen Facharzt zu konsultieren/konsultieren zu lassen.

Organische psychische Störungen können übrigens unterschiedlich eingeteilt werden:

Einteilung nach **Ätiologie**:

- Primäre organische psychische Störungen werden durch intrazerebrale Verletzungen oder Erkrankungen verursacht.
- Sekundäre organische psychische Störungen werden durch extrazerebrale Störungen hervorgerufen, die wiederum zu Hirnfunktionsstörungen führen.

Einteilung nach **Symptomatik**:

- Störungen ersten Ranges, deren Symptomatik auf eine organische Störung schließen lässt: Delir/Verwirrtheit, organisches amnestisches Syndrom und Demenzen.
- Störungen zweiten Ranges, bei denen nichtorganische begründbare Krankheitsbilder quasi „vorgetäuscht“ werden: organische katatone Störung, Halluzinose, wahnhafte Störung, affektive Störung, kognitive Störung, Persönlichkeitsstörung, Angststörung, dissoziative Störung.

Einteilung nach **Verlauf** :

- Akute organische Psychosyndrome mit einer kurzen Krankengeschichten. Sie dauern wenige Stunden und Wochen und gehen meist mit einer Bewusstseinsstörungen einher (außer bei dem Durchgangssyndrom[17]). Bekanntester Vertreter dieser Kategorie ist das Delir.

---

17 Findet sich nicht im ICD-10, wird aber begrifflich noch häufig verwendet. Es handelt sich um eine reversible organisch bedingte Störung im Rahmen einer Rückbildung zum Beispiel einer Intoxikation oder nach einer Operation. Die Betroffenen sind verwirrt und agiert, haben vegetative Ausfallerscheinungen wie Schwitzen oder Hypertonie, leiden unter Halluzinationen, Ängsten oder auch Amnesien.

- Chronische organische Psychosyndrome beginnen schleichend und verlaufen über Monate bis hin zu Jahren. Meist sind sie durch eine primäre Hirnverletzung verursacht und zeichnen sich durch eine Wesensveränderung und Demenz aus.

8.2 Demenz

Demenzielle Syndrome umfassen den Verlust von Fähigkeiten in verschiedenen Bereichen der menschlichen Psyche:

- Störungen des Gedächtnisses
- Beeinträchtigung von mindestens einem neuropsychologischen Teilbereich (Orientierung, Sprachverständnis, Lesen, Schreiben oder Rechnen)
- eine alltagsrelevante Einschränkung der Lebensführung

Diese Symptomatik muss zur Diagnose mindestens **sechs Monate** bestehen.

Es gibt diverse Tests, die Diagnose einer Demenz zu untermauern, so verschiedene Demenz-Screening-Tests (hier besonders bekannt: Der Uhren-Zeichen-Test) oder der Mini-Mental-Status-Test. Hier wird hauptsächlich die kognitive Leistungsfähigkeit überprüft. (Orientierung zur Zeit, zum Ort, Nachsprechen, Aufmerksamkeit und Rechnen, Gedächtnis, Benennen, Nachsprechen, Sprachverständnis, Lesen, Schreiben, Zeichnen).

Man unterscheidet bei den Demenzen – auch von ihren Ursachen her:

- Alzheimer-Demenz (F00)
- Vaskuläre Demenz (F01)
- Frontotemporale Demenzen (Morbus Pick) (F02.0)
- Demenzen im Rahmen anderer neurologischer Erkrankungen (F02.1 – F02.8)

8.2.1 Demenz bei Alzheimer-Krankheit (ICD-10: F00)

Die Alzheimer Demenz ist mit einem Anteil von ca. 60 % aller an Demenz Erkrankten die am häufigsten vorkommende Form und die wahrscheinlichste Ursache im Alter an einer kognitiven Leistungsabnahme zu erkranken. Um die 5 % aller Personen über 65 Jahre sind betroffen. Durch den demografischen Wandel wird diese Erkrankung daher immer präsenter. Man vermutet, dass aktuell ca. 1 Million Menschen an dieser Demenz-Form leiden.

Somit gilt als **Hauptrisikofaktor** auch das Alter. Weitere Risikofaktoren können zum Beispiel familiäre Häufungen von neurologischen Erkrankungen, vorangegangene Schädel-Hirn-Traumata, Diabetes, Rauchen, Bluthochdruck, das ApoE4-Gen, manche anti inflammatorischen Medikamente, Östrogene, wenige soziale und intellektuelle Aktivitäten oder auch das weibliche Geschlecht (Verhältnis 3:2) sein. Bei Betroffenen unter 65 Jahren spricht man übrigens von einer Alzheimer-Demenz „mit frühem Beginn“ (F00.0).

Die Alzheimer-Demenz wurde bereits 1906 von Alois Alzheimer anhand seiner Patientin Auguste Deter näher beschrieben, die damit traurige Berühmtheit erlangte. Er entdeckte nach ihrem Tod in ihrer Hirnrinde extrazelluläre Plaques und an ihren Nervenzellen sogenannte neurofibrilläre Degenerationen, die auch heute noch als Ursache für die Alzheimer-Demenz gelten.

Typisch für die Alzheimer-Demenz sind:

- der langsame, schleichende Beginn
- meist ohne körperliche oder psychische Vorerkrankungen
- Beginn mit leichten Merkfähigkeitsstörungen, Verhaltensänderungen, verringerter Aktivität oder auch Unruhe und sozialem Rückzug
- Der Betroffene versucht seine Defizite zu überspielen und weicht Nachfragen aus.
- Die Orientierung ist zunehmend gestört.
- Zunehmend schwere kognitive Einschränkungen (Verlust der Fähigkeit, komplexe Muster oder Formen zu erkennen und selbst zu reproduzieren, Verlust der räumlichen Orientierung (häufiges Verlaufen), Verlust von Sprachverständnis und -produktion (Aphasie), Verlust der Lese- und Schreibfähigkeit (Alexie und Agraphie), Bewegungsstörungen (zum Beispiel vergessen, wie man sich setzt)
- Klinisch erhöhte Werte des Tau-Proteins in der Gehirnflüssigkeit und im PET eine Minderutilisation von Glukose

später

- Wahnsymptome und Halluzinationen
- Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus
- erhöhte Fremdaggressivität

Schwierig ist besonders, dass viele Betroffene in der Frühphase Symptome aus Angst und Stolz – auch dem Arzt gegenüber – verleugnen oder überspielen. So ist eine frühzeitige Intervention oft nicht möglich.

Meist verläuft eine Alzheimer-Demenz über einen **Zeitraum von fünf bis acht Jahren**. Das Fortschreiten der Krankheit ist im Frühstadium noch gering, im mittleren recht schnell, um sich dann im Spätstadium wieder zu verringern. Hier bestehen dann jedoch sehr schwere Defizite, die in den letzten zwei Jahren im Allgemeinen eine schwere Pflegebedürftigkeit nach sich ziehen.

Die **Diagnose** geschieht allein über die nach außen ersichtlichen Kriterien. Dabei muss sie auf jeden Fall holistisch klinisch geschehen – über Eigen- und Fremdanamnese, neuropsychologische Test (zum Beispiel dem MMSE-Test), Laboruntersuchungen und zerebrale Bildgebung.

Momentan besteht noch keine Möglichkeit, die Veränderungen im Gehirn während der Lebenszeiten der Betroffenen eindeutig zu diagnostizieren. So ist eine Alzheimer-Demenz auch immer eine Ausschluss-Diagnose gegenüber anderen Demenzformen. Eine Abgrenzung muss zudem gegenüber der depressiven Pseudodemenz gezogen werden, bei der der Patient offen klagt und auch die Alltagsleistungen einigermaßen intakt sind.

Eine eindeutige Diagnose kann erst nach dem Tod erstellt werden.

Therapeutisch kann die Alzheimer-Demenz zwar nicht geheilt, aber sein Fortschreiten zumindest verzögert werden.

So nutzt man Medikamente, die die gestörten Botenstoffe Acetylcholin und Glutamat positiv beeinflussen, so zum Beispiel mit Acetylcholinesterasehemmern oder Memantin als NMDA-Rezeptor-Modulatoren. Außerdem nutzt man Antioxidantien gegen die freien Radikalen. NMDA-Rezeptor-Modulatoren sollen den Betroffenen geistig aktiver machen und die Alltagskompetenz verbessern, Acetylcholinesterasehemmer helfen bei Verhaltensstörungen, wie zum Beispiel Aggressivität und bei Wahn. Ansonsten finden Nootropika (wie Ginkopräparate), Antidepressiva oder Neuroleptika Anwendung.

Außerordentlich wichtig sind jedoch nichtmedikamentöse Verfahren, wie spezielle Kommunikationsmethoden der Bezugspersonen, Strukturierungen des Tagesablaufs, Interventionsmaßnahmen wie der Umbau des Wohnbereichs, körperliche und geistige Beschäftigungsmaßnahmen, im Frühstadium ggf. Selbsthilfegruppen.

Enorm wichtig sind Einbindung und Schulung der Bezugspersonen und Angehörigen. Letztere müssen auch über rechtliche Maßnahmen aufgeklärt werden, wie zum Beispiel die Einrichtung einer Betreuung. Gleichzeitig müssen sie aber auch besonders psychologisch unterstützt werden. Gerade den Kindern von Alzheimer-Demenz-Kranken machen der Rollenwechsel und auch die Belastung schwer zu schaffen.

8.2.2 Vaskuläre Demenz (ICD-10: F01)

Die vaskuläre Demenz gilt als die zweithäufigste Demenzform. Sie entsteht durch Durchblutungsstörungen infolge von kleineren Schlaganfällen. Die Verbindungen zwischen den Nervenzellen werden gekappt, die jeweilige Hirnregion erhält zu wenig Sauerstoff und Gewebe stirbt ab.

Oftmals wird dies recht spät entdeckt, da die Hirnschläge nicht unbedingt registriert werden und man die Veränderungen oftmals nicht direkt wahrnehmen kann. Außerdem schwanken die Defizite bei einer vaskulären Demenz häufig. Mal sind sie da, mal verschwinden sie kurzfristig wieder.

Dabei **unterscheiden** sich die vaskulären Demenzen in jene mit:

- akutem Beginn (F01.0) – rasch und plötzlich nach einer Reihe von Schlaganfällen.
- Multinfarktdemenz (F01.1) – kortikal lokalisierter langsamer Beginn
- Subkortikale vaskuläre Demenz (F01.2) – mehrere Herde im Marklager der Hemisphären.
- Gemischte vaskuläre Demenz (F01.3)

Risikofaktoren sind:

- Bluthochdruck
- Rauchen
- erhöhter Cholesterinspiegel
- Adipositas
- Diabetes mellitus
- zelebrale Infarkte in der Vorgeschichte

Hier sind im Gegensatz zur Alzheimer-Demenz häufiger Männer betroffen.

Typisch für die vaskuläre Demenz können sein:

- abrupter Beginn, oft sprunghafte Verschlechterung
- Gangstörungen
- Sehstörungen
- Blaseninkontinenz
- Orientierungslosigkeit
- Gedächtnisstörungen
- Störung der Aufmerksamkeit
- Störung der Konzentration
- Störung des Antriebs

- Sprachstörungen
- Affektlabilität
- Hypokinese oder Rigor
- Fremdaggressivität, Wutanfälle
- Verwirrtheit
- vorübergehende Bewusstseinstrübung oder Delire

Meist zeigen sich bei der **Diagnose** im Computertomografen (CT) Infarkte oder eine vaskuläre Enzephalopathie, im PET ein fokaler Hypometabolismus. Im Allgemeinen ergänzt man den bereits erwähnten MMSE-Test, um die kognitiven Defizite zu erfassen.

Meist verläuft eine vaskuläre Demenz über einen **Zeitraum von ca. vier Jahren**.

Therapeutisch arbeitet man auch bei der vaskulären Demenz mit Acetylcholinesterasehemmern. Günstig ist eine frühe Intervention. Zudem muss auf Alkohol, Rauchen und Überernährung verzichtet werden. Bluthochdruck, Diabetes mellitus etc. müssen behandelt werden. Ansonsten arbeitet man mit einer medikamentösen Präventivprophylaxe.

8.2.3 Frontotemporale Demenzen (Morbus Pick) (ICD-10: F02.0)

Die frontotemporale Demenz beginnen zumeist mit Persönlichkeitsveränderungen und Verhaltensstörungen, erst später folgen Gedächtnisstörungen.

Die Persönlichkeitsveränderungen zeigen sich häufig durch Enthemmung und Distanzlosigkeit aber auch im Gegenteil durch Apathie bis zur totalen Antriebslosigkeit. Auffallend können sexuelle Anzüglichkeiten sein, Störungen der Urteilsfindung, Witzelsucht oder schlechte Tischmanieren.

Meist tritt diese Erkrankung, die auf einer Neurodegenernation im Stirn-/Schläfenlappen fußt, ab dem 60. Lebensjahr auf.

Risikofaktoren sind

- Alter
- Das männliche Geschlecht (Männer sind häufiger betroffen als Frauen)
- eine genetische Vorbelastung (gelegentlich familiäre Häufung)

Typisch für die frontotemporale Demenz können sein:

- Apathie, Antriebslosigkeit
- affektive Verflachung
- Verwahrlosung

oder

- Distanzlosigkeit
- Enthemmung
- Euphorie
- Triebhaftigkeit
- emotionale Verflachung
- Vergröberung des sozialen Verhaltens bis hin zur Kriminalität

später

- Sprachstörungen
- Gedächtnisstörungen
- Orientierungsstörungen
- Rigor
- Harn-/Stuhlinkontinenz

Der Verlauf ist langsam fortschreitend.

Meist zeigt sich bei der **Diagnose** im Computertomografen (CT) eine frontale Atrophie, im linken Temporallappen im PET zusätzlich ein verminderter Glukose-Stoffwechsel. Ansonsten gelten auch hier das Prinzip des Ausschlusskriteriums und die Analyse der Symptome. Eine sichere Diagnose ist auch hier erst nach dem Tod möglich.

Meist verläuft eine frontotemporale Demenz über einen **Zeitraum von ca. fünf bis zehn Jahren**.

Therapeutisch ist man in der Therapie momentan sehr eingeschränkt. Im Allgemeinen nutzt man SSRIs und zur Linderung der psychotischen Symptome Neuroleptika. Versucht werden kann auch eine Gabe von Acetylcholinesterasehemmern. Außerdem ist früher oder später eine pflegerische Unterstützung notwendig.

Wie in allen Demenzformen benötigen auch die Angehörigen intensive psychotherapeutische Unterstützung.

8.2.4 Demenzen im Rahmen anderer neurologischer Erkrankungen (ICD-10: F02.1 – F02.3)

In diesem Kapitel finden Sie Demenzen auf Basis anderer neurologischer Erkrankungen wie Chorea Huntington, Morbus Parkinson oder Creutzfeldt-Jakob.

Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung (ICD-10: F02.1)

Die Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung gehört zu den sogenannten Prionenerkrankungen, bei der bestimmte Proteine, eben jene Prionen, schrittweise das Gehirn zerstören. Diese Erkrankung kann sporadisch entstehen (bei ca. 90 % der Erkrankten), vererbt werden (bei ca. 10 %) – oder selten auch von kontaminierten Instrumenten oder organischen Spenden, bzw. Tieren auf den Menschen übertragen werden.

Häufig sind Männer zwischen 55 und 60 Jahren von einem Krankheitsausbruch betroffen, bei der Übertragung vom vor einigen Jahren in die Schlagzeilen geratenen BSE von Rindern sind die Betroffenen jünger (Durchschnittlich 27 Jahre).

Diagnostiziert werden kann die Erkrankung über die typischen Symptome, aber auch über im EEG festzustellenden sogenannten triphasischen Wellen. Außerdem können Abweichungen im Gehirn über eine Untersuchung im Kernspintomografen festgestellt werden, sowie in der Hirnflüssigkeit eine Erhöhung von spezifischen Proteinen.

Vom **Verlauf** her typisch sind der lange anfängliche Verlauf bis zum Ausbruch von ca. zehn Jahren. Akut ausgebrochen verläuft die Erkrankung sehr schnell (wenige Wochen bis Monate)

Symptome können sein:

im Frühstadium oft

- Verhaltensauffälligkeiten
- Ängste, Depressionen
- Wahnvorstellungen
- Müdigkeit
- Störungen des Kurzzeitgedächtnisses

Später

- schmerzhafte Missempfindungen im gesamten Körper
- Koordinationsprobleme und Bewegungsstörungen (zum Beispiel Zittern, Lähmungen oder Muskelzuckungen)
- Ausladende Bewegungen (Chorea)

- extrapyramidale Symptome (zum Beispiel Rigor oder Tremor)
- Gliederschmerzen
- Übelkeit und Schwindel
- Verwirrtheit
- Verlust des Kurzzeitgedächtnisses
- Verlust der Sprachfähigkeit
- Verlust der Lesefähigkeit
- Persönlichkeitsveränderung
- Schreckhaftigkeit
- Störungen der Wahrnehmung (zum Beispiel Halluzinationen)
- Epileptische Anfälle
- Inkontinenz

Im Endstadium

- Verweigerung der Nahrungsaufnahme
- keinerlei Möglichkeit mehr, mit der Umwelt Kontakt aufzunehmen oder auf sie zu reagieren („Living Dead“)
- manchmal vollständige spastische Lähmung des Körpers (Enthirnungsstarre)

Aktuell ist diese Erkrankung nicht heilbar und endet tödlich. Durch Medikamentation (zum Beispiel Valproinsäure oder Clonazepam) können einige Symptome zumindest gelindert werden.

Chorea Huntington (ICD-10: F02.2)

Chorea Huntington ist eine seltene Erbkrankheit, die das Gehirn betrifft. Sie kann bei Betroffenen jederzeit ausbrechen, jedoch zumeist tut sie dies in einem Alter zwischen 35 und 45 Jahren.

Die Krankheit **verläuft** dann über ca. 15 Jahre hinweg und führt zum Tod.

Diagnostisch kann man im Computertomographen und der Kernspintomographie eine sogenannte Caudatus-Atrophie erkennen. Ansonsten fußt man die Diagnose auf der Familienanamnese.

Symptome sind:

in der Frühphase

- paranoide Ideen
- Apathie
- depressive Symptome

- Aggressivität

später

- hyperkinetische Phänomene (zum Beispiel Schulterzucken, Fingerklopfen, Grimassieren)

schließlich

- choreiforme Bewegungen (unwillkürliche, zuckende, krampfartige Bewegungen vom Kopf und im Gang)
- athetoide Bewegungen (unwillkürliche, langsame in die Überdehnung gehende Bewegungen von Händen und/oder Füßen)
- gelegentlich Demenz (das Gedächtnis bleibt dabei noch länger erhalten.)

Therapeutisch ist man bei dieser Krankheit sehr eingeschränkt. Im Allgemeinen kann man nur die Symptome, zum Beispiel durch die Gabe von Neuroleptika oder Antidepressiva, mildern.

Demenz bei Morbus Parkinson (ICD-10: F02.3)

Bei Morbus Parkinson leiden ca. 30 Prozent der Betroffenen unter leichten kognitiven Störungen, die gut medikamentös behandelt werden können, ca. 30 bis 40 Prozent können jedoch im fortgeschrittenen Stadium eine Demenz entwickeln. Das Durchschnittsalter liegt dabei bei ca. 72 Jahren.

Diagnostisch muss diese im Fall der Fälle bei einem Verdacht ganz genau abgeklärt werden, ob ein Syndrom durch andere Parkinsonsymtome nicht vorgetäuscht wird (wie monotone Stimme, Akinese oder Verlangsamung). Ansonsten verwendet man hier auch sämtliche Testverfahren der Alzheimer-Demenz.

Symptome sind hauptsächlich

- Verlangsamung im Denken
- Störungen der Aufmerksamkeit
- Desorientiertheit
- gestörter Abruf von Informationen – das Wiedererkennen ist jedoch gut erhaltenen
- Lernschwierigkeiten
- gestörtes visuell-räumliches Erkennen
- frontal-exekutive Störungen
- Wortfindungsstörungen
- Sprachverarmung
- Verhaltensstörungen
- Persönlichkeitsveränderungen
- Apathie

- Depressionen
- Ängste
- Wahrnehmungsstörungen (Halluzinationen)
- Wahnvorstellungen

Meist sind die kognitiven Leistungen bei dieser Demenzform noch so gut erhalten, sodass der Betroffene sich noch durch Merkhilfen, wie Zetteln, helfen kann.

8.2.5 Potentiell reversible „dementielle“ Syndrome – Demenzen bei anderen Erkrankungen (ICD-10: F02.8)

Verschiedene Krankheitsbilder können dementielle Symptome nach sich ziehen. Vorteil ist, dass hier die Symptome reversibel sein können.

Das können zum Beispiel sein:

- Herzinsuffizienz
- Anämie
- Autoimmunerkrankungen
- zerebrale Raumforderungen (Tumore)
- infektiös-entzündliche Erkrankungen (zum Beispiel Multiple Sklerose, Neurosyphillis)
- Leber- und Nierenversagen
- Schilddrüsen- oder Nebenschilddrüsenerkrankungen
- Vitamin-B12- oder Folsäuremangel
- progressive Paralyse (Lues)
- Traumata (zum Beispiel ein Schädel-Hirn-Trauma)
- Intoxikationen
- neoplastische Erkrankungen
- genetische Erkrankungen (zum Beispiel Morbus Wilson)
- Normaldruckhydrozephalus (Erweiterung der inneren Liquorräume im Gehirn)

Exkurs: Depressive Pseudodemenz

Die depressive Pseudodemenz wird oftmals fälschlicherweise als Alzheimer-Demenz diagnostiziert. Das ist oftmals fatal, da die Behandlungsmethoden gänzlich unterschiedlich sind. Erkennbar ist die depressive Pseudodemenz in Abgrenzung zur Alzheimer-Demenz, indem der Betroffene, der zudem deutlich unter einer depressiven Symptomatik mit Grübeln, Selbstzweifeln, Früherwachen etc.) leidet, nicht die Symptome der Demenz leugnet, wie es Alzheimer-Demenz-Erkrankte tun, sondern offen darüber klagt.

Der Verlauf ist ungleichmäßiger und zunächst einmal scheinbar eindeutiger, da klarer (bei der Alzheimer-Demenz-Erkrankung schleichender und zunächst undeutlicher). Des Weiteren bleiben die sprachlichen Fähigkeiten deutlich länger und besser erhalten. Gedächtnisprobleme stehen hier im Vordergrund.

Zudem findet eine Verbesserung der depressiven Pseudodemenz bei Verwendung von Antidepressiva statt.

8.3 Organisches amnestisches Syndrom (ICD-10: F04)

Das organisch anamnestische Syndrom äußert sich durch schwere Beeinträchtigungen sowohl des Kurz- als auch des Langzeitgedächtnisses. Das Immediatgedächtnis bleibt weitgehend erhalten.

Ursachen:
Dieses Syndrom kennt man auch als **Korsakow-Syndrom** – wobei in diesem Bereich die Ursache **nicht** im Missbrauch von Alkohol oder anderen psychotropen Substanzen liegt, sondern in

- einem Hirninfarkt oder
- einer Hirnerkrankung (zum Beispiel einem Schädel-Hirn-Trauma, Herpes-simples-Enzephalitis oder einem Hirntumor) oder
- einer systemischen Erkrankungen (zum Beispiel der Wernicke-Korsakow-Enzephalopathie, einer Intoxikation oder einer rezidivierenden schweren Absenkungen des Blutzuckerspiegels).

Symptome sind:

- Störungen des Kurz- und Langzeitgedächtnisses und somit eine Beeinträchtigung des Lernens
- zeitliche Desorientierung
- Konfabulation (Erzählen von unwahren Begebenheiten und Geben von Informationen, die keinen realen Bezug haben. Der Betroffene ist von deren Wahrheit jedoch überzeugt.)
- Die Wahrnehmung und andere kognitiven Funktionen bleiben im Allgemeinen intakt.

8.4 Delir – nicht durch Alkohol oder sonstige psychotrope Substanzen verursacht (ICD-10: F05)

Während man das Delir häufig mit einem Alkohol-Entzug in Verbindung bringt, kann es – wie in diesem Kapitel – einige weitere organische Ursachen haben. So tritt das Delir oftmals beim Abklingen der Erkrankung und häufig bei Krankenhausaufenthalten auf. Da das Syndrom meist reversibel ist, wird es auch häufig als „Durchgangssyndrom" bezeichnet. Besonders gefährdet sind Kleinkinder oder ältere Menschen, besonders wenn bereits eine Hirnschädigung oder eine Alkoholabhängigkeit besteht, wenn sie unter Diabetes, Karzinomen, Fehlernährungen oder anderen schweren Erkrankungen leiden. Zur Risikogruppe zählt man auch Menschen mit multipler Medikation, Fieber oder wenn diese bereits zuvor ein Delir durchgemacht haben.

Der **Beginn** ist im Allgemeinen akut.

Ursachen können sein:

- Intoxikationen oder Entzug
- Störungen im Elektrolyt- oder Wasserhaushalt
- Vitaminmangel
- metabolische Erkrankungen
- immunologische Erkrankungen oder Infektionen (zum Beispiel AIDS, Lues, Enzephalopathien)
- neurologische Erkrankungen (zum Beispiel Epilepsie, Alzheimer-Demenz, Tumore)
- vaskuläre Erkrankungen (zum Beispiel Anämie)
- kardiovaskuläre Erkrankungen (zum Beispiel Herzinsuffizienz oder Herzrhythmusstörungen)

Symptome sind:

- Wahrnehmungsstörungen wie optische Halluzinationen, Illusionen
- Denkstörungen wie Wahnideen, inkohärentes Denken
- Beeinträchtigungen des Kurzzeit- und Immediatgedächtnisses
- Desorientiertheit – im Allgemeinen zur Zeit, gelegentlich aber auch zu Ort oder Person
- Bewusstseinsstörungen – bis hin zum Koma
- Störungen der Aufmerksamkeit
- psychomotorische Störungen, wie Hyper- und Hypoaktivität im Wechsel, verstärkter oder verringerter Redefluss, Schreckhaftigkeit, verlängerte Reaktionszeit
- gestörter Schlaf-Wach-Rhythmus mit Verschlechterung in der Nacht (inklusive Albträumen)
- affektive Störungen wie Angst, Depression, Reizbarkeit, Apathie oder Euphorie

Die Symptome wechseln dabei immer wieder im Tagesverlauf.

Die Ursachen für das Delir müssen schnell stationär diagnostiziert und therapiert werden, da ein Delir schnell lebensbedrohlich werden kann. Ergänzend findet meist eine medikamentöse Therapie zur Behandlung der Symptome – inklusive einer Sedierung – statt.

8.5 Sonstige psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit (ICD-10: F06)

Durch systemische oder zerebrale Erkrankungen kann eine Vielzahl weiterer psychischer Störungen auftreten. Hier ähneln die Symptome jeweils stark den primären Erkrankungen mit rein psychischer Ursache.

Dies bereitet natürlich oftmals therapeutische Probleme, da die Gefahr besteht, dass das organische Problem nicht direkt erkannt wird. Daher sollte bei der Anamnese der zu vermutenden Erkrankung eine organische Ursache per Testverfahren ausgeschlossen (oder bestätigt) werden.

Organische Halluzinose (ICD-10: F06.0)

Bei dieser Störung treten ständig oder immer wiederkehrende Halluzinationen auf, egal auf welchem Sinnesgebiet (meist jedoch optisch oder akustisch), die oftmals auch als solche erkannt werden. Dabei ist das Bewusstsein wach, der Intellekt ist erhalten, die Stimmung ist normal, Wahnideen sind nicht festzustellen.

In dieser Kategorie finden sich auch das organisch bedingte halluzinatorische Zustandsbild (nicht alkoholbedingt) oder auch der Dermatozoenwahn, bei dem Tiere auf und unter der Haut krabbelnd und/oder beißend wahrgenommen werden.

Ursachen können Schädel-Hirn-Traumata sein, eine Temporallappen-Epilepsie, ein Tumor, eine Enzephalitis oder die Behandlungen mit Psychostimulanzien oder Antiparkinsonmitteln sein.

Organisch katatone Störung (ICD-10: F06.1)

Die organisch katatone Störung kann durch eine Enzephalitis oder einer Kohlenmonoxid-Vergiftung ausgelöst werden und zeichnet sich durch Stupor oder Erregung – ggf. auch im Wechsel – aus.

Organische wahnhafte Störungen (ICD-10: F06.2)

Hier bestehen Wahnideen – gelegentlich auch Halluzinationen, katatone Symptome oder Denkstörungen.

Ursachen können wie bei der organischen Halluzinose Schädel-Hirn-Traumata sein, eine Temporallappen-Epilepsie, ein Tumor, eine Enzephalitis oder Behandlungen mit Psychostimulanzien oder Antiparkinsonmitteln.

Organische affektive Störungen (ICD-10: F06.3)

Diese Störungen erscheinen wie psychisch bedingte Störungen und werden auch entsprechend eingeteilt:

- organische manische Störung (F06.30)
- organische bipolare Störung (F06.31)
- organische depressive Störung (F06.32)
- organische gemischte affektive Störung (F06.33)

Ursachen können Hirnerkrankungen (zum Beispiel) sein, aber auch Infektionen (AIDS, Neurolues etc.), bestimmte Medikamente oder Drogen (zum Beispiel Steroide oder Halluzinogene), neurologische Erkrankungen (Epilepsien, Multiple Sklerose etc.) oder metabolisch-endokrine Störungen (zum Beispiel Hyperthyreose, Morbus Cushing).

Die Ursache darf auf keinen Fall eine emotionale Reaktion auf die Diagnose sein, sie muss direkt organisch begründbar sein.

Organische Angststörungen (ICD-10: F06.4)

Diese Störung lässt sich in ihrer Darstellung nicht von einer generalisierten Angststörung oder Panikstörung unterscheiden (oder auch einer Kombination aus beiden), hat aber als Ursache zum Beispiel eine Temporallappen-Epilepsie, einen zu geringen Zuckerspiegel, ein Karzinoid, eine Porphyrie, eine supraventrikuläre Tachykardie – oder einfach den übermäßigen Konsum psychotroper Substanzen wie Alkohol oder Koffein.

Organische dissoziative Störung (ICD-10: F06.5)

Bei der organischen dissoziativen Störung zeigt sich der teilweise oder auch völlige Verlust der Erinnerung an die Vergangenheit, die eigene Identität, der direkten Wahrnehmung und auch der Kontrolle der Körperbewegungen. Ursachen können eine Enzephalitis oder eine Porphyrie sein.

Organische emotional labile (asthenische) Störung (ICD-10: F06.6)

Betroffene klagen bei dieser Störung über eine starke Ermüdbarkeit, körperliche Missempfindungen wie Schwindel oder Schmerzen. Außerdem zeigen sie eine starke und anhaltenden Affektinkontinenz oder auch -labilität.

Ursache können u. a. Hypertonie und Störungen bei der Durchblutung des Gehirns sein.

Leichte kognitive Störung (ICD-10: F06.7)

Die leichte kognitive Störung kann eine beginnende Demenz oder ein Delir andeuten – muss es jedoch nicht. Betroffene klagen über Gedächtnisstörungen, Lernschwierigkeiten, Vergesslichkeit und Konzentrationsschwierigkeiten.

Testwerte bleiben jedoch an der Grenze der Norm. Meist zeigt sich jedoch kein Fortschreiten der Symptome, manchmal sogar eine Besserung.

Ursächlich kann meist der Beginn, der Verlauf oder auch die Nachwirkung einer systemischen oder zerebraler Infektion (zum Beispiel HIV) oder auch einer anderen körperlichen Erkrankung sein.

8.6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns (ICD-10: F07)

Aufgrund einer Krankheit, bzw. Funktionsstörung oder Schädigung des Gehirns kann es auch zu einer Persönlichkeitsveränderung oder auch Störung des Verhaltens kommen. Diese können unterschiedlicher Art sein. Die Wichtigsten sind:

8.6.1 Organische Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F07.0)

Betroffene – aber vor allem ihre Umwelt – stellen fest, dass sie nicht mehr nach ihren vor der Erkrankung bestehenden Verhaltensmustern handeln, besonders wenn es um ihre Impulse, Affekte und Bedürfnisse geht. Dazu können auch ihr Denkvermögen, ihre kognitiven Fähigkeiten gehören und zu Misstrauen oder gar paranoiden Denken, gelegentlich auch exzessiven Beschäftigen mit nur einem Thema (zum Beispiel Religion) führen. Auch ihr Sexualverhalten kann verändert sein.

Sie können zielgerichtete Aktivitäten nicht mehr über einen längeren Zeitraum durchhalten oder auch Befriedigungen nicht mehr aufschieben. Sie sind emotional labil, zeigen eine flache und nicht angebrachte Fröhlichkeit, wechseln schnell zu Reizbarkeit oder sogar Aggressionen und Wut. Gelegentlich können sie aber auch apathisch sein.

Konsequenzen oder soziale Konventionen werden nicht mehr beachtet. Das kann zu gierigem Essen, vernachlässigter Körperpflege oder auch sexuellen Annäherungsversuchen führen.

Ursachen liegen häufig in Schädigungen des Frontalhirns, können nach einer Lobotomie entstehen oder bei einer limbischen Epilepsie.

8.6.2 Postenzephalitisches Syndrom (ICD-10: F07.1)

Durch eine virale oder bakterielle Enzephalitis können unterschiedliche Verhaltensänderungen auftreten. Diese sind reversibel.

Meist leiden die Betroffenen unter Stimmungsschwankungen, verlangsamtem Denken, Veränderung im Sexualverhalten sowie bei ihren Ess- und Schlafgewohnheiten, sie haben ein gestörtes Urteilsvermögen und klagen über neurologische Ausfälle, wie Gefühlsstörungen oder Lähmungserscheinungen.

8.6.3 Organisches Psychosyndrom nach Schädel-Hirn-Trauma (ICD-10: F07.2)

Infolge eines schweren Schädel-Hirn-Traumas mit Bewusstlosigkeit kann der Betroffene unter Symptomen wie Erschöpfung, Schwindel, Kopfschmerzen, Reizbarkeit, Gedächtnisstörungen, Konzentrationsschwierigkeiten, geringerer Belastbarkeit und Schlafstörungen leiden.

Es entsteht ein vermindertes Selbstwertgefühl mit der Angst der verbleibenden Hirnschädigung, was meist die Symptome wieder verstärkt. Es wird für die Betroffenen mit der Zeit immer schwerer aus diesem Teufelskreis auszubrechen. Hier ist oftmals eine begleitende Psychotherapie notwendig.

Kapitel 9:

Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Suchterkrankungen) (ICD-10: F1)

9.1 Einführung

„Sucht“ als Begriff hat eine lange Tradition und wird auch oftmals unterschiedlich aufgefasst. Vom Prinzip her kann man sie als Abhängigkeit – körperlicher und/oder psychischer – Art von einer stofflichen Substanz, einer Gewohnheit (zum Beispiel dem Spielen) oder auch einer Person definieren.

Die WHO ersetzte daher auch 1964 den Begriff Sucht durch Missbrauch und Abhängigkeit, 1969 schwenkte man um auf die Einbindung des Wortes „**Gebrauch**“, der zu psychischen oder physischen Problemen führt in Form von

- „unerlaubtem Gebrauch“ (von der Gesellschaft nicht toleriert)
- „gefährlichem Gebrauch“ (mit schädlichen Konsequenzen – körperlicher oder psychischer Art)
- „dysfunktionalem Gebrauch“ (bei einer Beeinträchtigung von psychischen oder sozialen Standards)
- „schädlichem Gebrauch“ (bereits eingetroffene schädliche Folgen).

Das ICD-10 nutzt jedoch auch weiterhin den Begriff „**Abhängigkeit**“ mit dem Abhängigkeitssyndrom als tatsächlichen Krankheitsbegriff.

Dabei definiert das Verzeichnis Abhängigkeit, wenn **drei** der folgenden Punkte erfüllt werden:

- starker Wunsch, ja Zwang, nach dem Konsum psychotroper Substanzen
- Es besteht eine verminderte Kontrollfähigkeit, wenn es um den Beginn, die Beendigung und die Menge des Konsums geht.
- Bei Beendigung oder auch Reduktion des Konsums entsteht ein körperliches Entzugssyndrom.
- Es entsteht eine Toleranzentwicklung der Substanz gegenüber, bei der die Dosis der Substanz immer weiter erhöht werden muss, damit kein Entzugssyndrom eintritt.
- Andere Vergnügungen oder Interessen werden zunehmend für den Konsum der Substanz vernachlässigt, bzw. es entsteht ein erhöhter Zeitaufwand, die Substanz zu verschaffen oder sich von den Folgen des Konsums zu erholen.
- Die Substanz wird auch weiter konsumiert, wenn schädliche Folgen nachgewiesen werden.

Man unterscheidet zudem die **psychische Abhängigkeit**, bei der ein unwiderstehliches starkes Verlangen nach der Substanz entsteht (Craving) und die **körperliche Abhängigkeit**, bei der bei einem Entzug starke körperliche Symptome auftreten.

Die Substanzen selber unterscheiden sich untereinander in ihrem **Suchtpotential**, also der Fähigkeit, Abhängigkeit zu erzeugen.

In diesem Kapitel sprechen wir nun von Abhängigkeiten von verschiedenen psychotropen Substanzen, also solchen, die die Psyche beeinflussen, und von Störungen, die die Abhängigkeit hervorruft. Sie gehören nach den affektiven Störungen, somatoformen Störungen und Angststörungen zu den häufigsten psychischen Störungen in Deutschland. Gerade der Konsum von Alkohol ist dabei am problematischsten, da er zudem legal ist.

Warum wird ein Mensch abhängig? Das lässt sich nicht eindeutig sagen, da die Entstehung einer Abhängigkeit von mehreren Faktoren abhängig ist, so von genetischen Faktoren, dem Verhalten und Lernen (durch das Ansprechen des Belohnungssystems im Neurotransmitter-System und Verstärkerprozesse in Familie und Gesellschaft), dem sozialen Umfeld mit seiner Verfügbarkeit von Drogen, dem Verhalten Gleichaltriger sowie der Gesetzeslage. Auch soziale Normen und auch Traditionen spielt eine Rolle, ebenso wie andere bereits bestehende psychische Erkrankungen. Einige Theorien besagen zudem, dass das unbezwingbare Verlangen nach Suchtmitteln eine selbstzerstörerische Variante hat. Es wird sogar oft als protrahierter Suizid interpretiert.

9.2 Störungen durch Alkohol (ICD-10: F10)

In Deutschland spricht man bei fast acht Millionen (ca. 16 %) Menschen von einem riskanten Alkoholkonsum, ca. 2,4 Millionen leiden unter einem Alkoholmissbrauch und ca. zwei Millionen gelten als alkoholabhängig.[18] Der Großteil davon sind Männer, darunter viele Freiberufler, Selbständige und ungelernte/angelernte Arbeiter. Weibliche Alkoholikerinnen findet man eher in den höheren Schichten.

Dabei hat die Alkoholabhängigkeit in ihrer Folge eine hohe Mortalität. Ca. 42.000 Menschen sterben in Deutschland jährlich an den Folgen eines erhöhen Alkoholkonsums.

Gleichzeitig leiden alkoholabhängige Menschen häufig an sogenannten komorbiden Störungen wie affektiven Störungen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen. Häufig besteht zudem eine Abhängigkeit von weiteren Substanzen. Was zuerst da war – die Alkoholabhängigkeit oder die anderen Störungen kann man oft schwer sagen.

Es gibt unterschiedliche Tests zum Erkennen einer Alkoholabhängigkeit, deren Ergebnis aber zum Teil von der Ehrlichkeit des Getesteten abhängt. Manchmal können Betroffene bis zum einem bestimmten Grad ihre Abhängigkeit sehr gut verleugnen.

So spricht man auch von unterschiedlichen Phasen, in denen eine Alkoholabhängigkeit verläuft. Oft zitiert wird dabei der US-amerikanische Psychologe Elvin Morton Jellinek, der auch die unterschiedlichen Alkoholikertypen eingruppierte. Er entwickelte vier Phasen, deren einzelne Elemente zeitlich jeweils sechs bis zwölf Jahre durchlaufen.

Präalkoholische Phase

- Es wird werden mäßige Alkoholmengen zum Spannungsabbau getrunken.
- Die Alkoholtoleranz ist bereits erhöht.
- Ein Alkoholkonsum findet beinahe täglich statt.

Prodomalphase

- Die Toleranz und somit der Alkoholkonsum erhöhen sich weiter.
- Der Betroffene trinkt heimlich und spielt seinen Alkoholkonsum herunter. Außerdem leidet er unter Schuldgefühlen.
- Die Gedanken kreisen ständig um das Thema Alkohol.

---

18 Lieb, Prof. Dr. med. Klaus; Frauenknecht, Dr. med. Sabine; Brunnhuber, Dr. med. Dr. rer. soc. MA phol. Stefan: Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie. Verlag Elsevier, München, 2009 (6. Auflage). Seite 207.

- Es werden Alkoholvorräte angelegt.
- Der Betroffene leidet teilweise bereits an amnestischen Lücken bezüglich der Geschehnisse während des Trinkens.

Kritische Phase

- Es besteht eine hohe psychische Abhängigkeit.
- Es beginnen Kontrollverlust und eine Wesensveränderung (Reizbarkeit, Affektlabilität und Interessenverlust).
- Es kommt zu Problemen in der Familie und dem Beruf.
- Es wird bereits morgens getrunken und es gibt nur kurze Phasen der Abstinenz.
- Der Alkoholkonsum wird bagatellisiert und dissimuliert.
- Angebotene Hilfe wird abgelehnt.

Chronische Phase

- Es kommt zu längeren, tagelangen völlig situationsunabhängigen Räuschen.
- Es kommt zu morgendlichen Entzugserscheinungen.
- Es treten somatische Komplikationen auf.
- Es kommt zu Alkoholpsychosen, Prädelirien, Delirien, ggf. auch pathologische Räusche.

Spricht man von den **Alkoholikertypen nach Jellinik**, so kann man diese wie folgt einteilen:

Typ	**Psychische Abhängigkeit**	**Physische Abhängigkeit**	**Kontrollverlust**	**Abstinenz möglich**
Alpha - Konflikttrinker	ja	nein	nein, aber undiszipliniertes Trinken	ja
Beta – Gelegenheits-trinker	nein, außer eine soziokulturelle	nein	nein	ja
Gamma – Süchtige Trinker	ja	ja	ja	zeitweilig
Delta – Gewohnheits-trinker	Ja	Ja (noch stärker als psychisch)	nein	nein
Epsilon – Episodische Trinker	nein	nein	ja	ja

Die Folgen der Alkoholkrankheit können vielfältig sein – somatischer, psychischer und sozialer Art:

- Schlechter Allgemeinzustand
- Appetitlosigkeit und Gewichtsabnahme
- Erweiterte Gefäße – meistens im Gesicht oder an den Händen (Teleangiektasie oder Spider Naevi), gerötete Gesichtshaut
- Muskelschwund (besonders an den Waden)
- Gastritis
- Vermehrtes Schwitzen
- Schlechte Durchblutung in den Extremitäten
- Schlafstörungen
- Potenzstörungen
- Leberschäden
- Nervenmissempfindungen (Polyneuropathien)
- Alkoholtremor
- Alkoholhalluzinose (s.u.)
- Wernicke Enzephalopathie (s.u.)
- Korsakow-Syndrom (s.u.)
- Hepatische Enzephalopathie
- Alkoholentzugssyndrom
- Alkoholdelir (s.u.)
- Persönlichkeitsveränderung
- Libidoverlust
- Eifersuchtswahn (s.u.)
- Probleme im Beruf, in der Familie und mit dem Partner
- Verkehrsdelikte
- Gesetzeskonflikte
- Sozialer Abstieg

Besondere Folgen einer Alkoholabhängigkeit sind der alkoholische Eifersuchtswahn, das Alkoholdelir, die Alkoholhalluzinose, das Korsakow-Syndrom und die Wernicke-Enzephalopathie, die wir auf den folgenden Seiten kurz erläutern.

9.2.1 Alkoholdelir (ICD-10: F10.4)

Das Alkoholdelir – auch bekannt unter der Bezeichnung **Delirium tremens** – ist eine lebensbedrohliche Komplikation, die entweder (selten) als Kontinuitätsdelir aus dem Trinken[19] heraus entsteht, oder ein bis vier Tage nach einem Entzug über Nacht auftreten kann. Es dauert etwa zwei bis fünf Tage an und gilt durch seine ausgeprägten Symptome als Notfall. Unbehandelt liegt die Sterberate bei 25 %. Eine stationäre Behandlung ist hier daher unabdingbar.

Symptome sind:

- Störungen der Wahrnehmung in Form von optischen Halluzinationen (kleine Tiere oder auch traumhafte Szenen) und Akoasmen (Geräusche)
- Hypermotorik in Form von Nesteln oder Herumsuchen
- Bewusstseinstrübung
- Paranoides Erleben
- Personen- und Situationsverkennung
- Suggestibilät erhöht
- Störungen der Aufmerksamkeit
- Desorientiertheit
- vegetative Symptome wie Herzjagen, Schwitzen, Tremor

Das Alkoholdelir kann in eine Wernicke-Enzephalopathie oder ein Korsakow-Syndrom übergehen (s. u.).

9.2.2 Eifersuchtswahn (ICD-10: F10.5)

Während einer Alkoholabhängigkeit bilden sich gelegentlich einzelne Wahnformen. Die Häufigste ist der Eifersuchtswahn. Der Betroffene – dies sind zumeist Männer – ist der festen Überzeugung, dass sein Partner untreu ist. Selbst harmlose Begebenheiten werden uminterpretiert und gelten dafür als Beweis.

9.2.3 Alkoholhalluzinose (ICD-10: F10.52)

Die Alkoholhalluzinose zeichnet sich durch akustische Halluzinationen aus, die in Folge einer chronischen Alkoholabhängigkeit Tage bis Monate bestehen können und als sogenannte Pseudohalluzination von den Betroffenen auch als solche erkannt werden.

19 Delirante Syndrome können übrigens auch bei anderen Substanzen wie Hypnotika, Antichlinergika oder Antidepressiva auftreten.

Trotzdem ist die Grundstimmung ängstlich. Meist handelt es sich bei den Halluzinationen um beschimpfende Stimmen.

Unterschiede zwischen Alkoholhalluzinose und Alkoholdelir sind:

Alkoholhalluzinose	**Alkoholdelir**
akustische Halluzinationen (Stimmen)	optische und akustische Halluzinationen (Geräusche)
keine Bewusstseinsstörung	Bewusstseinsstörung vorhanden
keine Desorientiertheit	zeitlich, örtlich, situativ
motorische Unruhe bestimmt nicht das Bild	Nesteln, Zupfen
vegetative Störungen unbedeutend	Schwitzen, Herzjagen, Tremor

9.2.4 Korsakow-Syndrom (Gedächtnisstörung) (ICD-10: F10.6)

Auf das Korsakow-Syndrom in Folge einer organischen Störung sind wir ja bereits im Kapitel 8.3 eingegangen.

Es entsteht hier durch einen alkoholtoxischen Hirnschaden häufig im Anschluss eines Alkoholdelirs und zeichnet sich aus durch:

- Desorientiertheit (zu Zeit, Ort, gelegentlich auch zur eigenen Person)
- Störungen des Kurzzeitgedächtnisses (Merkfähigkeit)
- Störungen des Langzeitgedächtnisses
- Konfabulation (Erzählen von unwahren Begebenheiten und Geben von Informationen, die keinen realen Bezug haben. Der Betroffene ist von deren Wahrheit jedoch überzeugt.)
- Persönlichkeitsveränderungen

Der Verlauf ist meist schnell und nur zu einem gewissen Grad gelegentlich reversibel.

9.2.5 Wernicke-Enzephalopathie (ICD-10: E51.2)

Die Wernicke-Enzephalopathie tritt bei ca. 10 % aller Alkoholabhängigen auf. Sie ist eine sehr ernste degenerative Erkrankung des Gehirns, verursacht durch einen Vitamin-B_1-Mangel.

Symptome sind:

- Ataxie (Störung der Bewegungskoordination mit Gang- und Standunsicherheit)
- Augenmuskellähmung und Augenbewegungsstörungen
- Doppelsehen

- Pupillenstörungen
- horizontale Augenzuckungen (Pathologischer Nystagmus)
- Reflexstörungen
- Schluckstörungen
- Störungen der Feinmotorik
- Sprechstörungen
- Desorientiertheit
- Apathie
- Somnolenz
- Bewusstseinsstörungen
- vegetativen Störungen (zum Beispiel Absenkung des Blutdrucks, verringerte Körpertemperatur)
- organische Psychose.

Therapeutisch verabreicht man hoch dosiertes Vitamin B_1 (Thiamin).

Die Gefahr der Mortalität ist hoch. Bei einem Überleben verbleibt häufig ein Korsakow-Syndrom.

9.3 Störungen durch Opiate (ICD-10: F11)

Die bekanntesten Substanzen in diesem Bereich sind Heroin, Morphin, Methadon und Codein, sowie eine Vielzahl von weiteren Schmerzmitteln. Heroin und Morphin verursachen innerhalb kürzester Zeit einen **euphorischen Rauschzustand**. Der Konsument fühlt sich frei mit einem gesteigerten Selbstbewusstsein. Etwas später tritt zumeist eine sedierende Wirkung ein.

Diese Drogen sind hoch gefährlich, da sie schnell **stark psychisch und körperlich abhängig machen**, der Konsument rasch Toleranz entwickelt und eine Intoxikation durch Atemdepression und Bradykardie (ein Herzschlag unter 60 Schlägen pro Minute) schnell zum Tod führen kann.

Oft werden diese Substanzen intravenös injiziert, was zudem zu Infektionen (Hepatitis oder HIV) führen kann. Gelegentlich werden sie auch geraucht, oral eingenommen oder „gesnifft".

Abhängige erkennt man häufig an engen Pupillen, durchscheinender Haut, Ungepflegtheit, geringem Gewicht und schlechten Zähnen.

Bei einer **Intoxikation** können unterschiedliche Symptome auftreten:

- Gesichtsrötungen
- Hautjucken
- Verengung der Pupillen
- Verwirrtheit
- Somnolenz
- verringerter Blutdruck
- verringerte Körpertemperatur
- Spasmen des Schließmuskels der Harnblase
- Bradykardie
- ggf. Krampfanfälle
- Atemdepression
- Koma

Hier ist eine schnelle Gabe eines Opiatantagonisten (Nalaxon) inklusive einer Sicherung der Vitalfunktionen notwendig.

Ein **Entzug** geschieht psychisch und physisch (ähnlich einer Grippe). Er zeichnet sich durch diverse Symptome aus:

- starkes Verlangen nach dem Suchtstoff aus (Craving)
- Depressionen
- Angst
- Unruhe und Schlafstörungen
- Zittern
- Schwitzen, Gänsehaut
- Übelkeit, Erbrechen, Durchfall
- Muskelschmerzen- und krämpfe
- Pupillenerweiterung
- Tränenfluss, laufende Nase
- Fieber
- erhöhter Pulsschlag

Ein gewollter Entzug wird im Allgemeinen medikamentös unterstützt, zum Beispiel durch Doxepin oder Ibuprofen.

Unterstützend eingesetzt werden gelegentlich beim abrupten „kalten“ Entzug Physiotherapie, Entspannungsverfahren etc.

Ein „warmer Entzug“ kann auch über einen Ersatzstoff wie Methadon schleichend substituierend stattfinden.

Zudem gibt es einen „Turboentzug“ über wenige Stunden unter Sedierung und Entgiftung.

9.4 Störungen durch Cannabinoide (ICD-10: F12)

Weltweit ist Cannabis die am häufigsten genutzte Droge, die von ca. 2 Millionen Deutschen konsumiert wird – Tendenz steigend.[20] Dabei wird sie entweder geraucht oder gegessen (zum Beispiel in Backwaren wie Keksen).

Hauptwirkstoff ist THC (Tetrahydrocannabinol), wobei Haschisch aus dem Harz der weiblichen Blütenstauden gewonnen wird, Marihuana aus den getrockneten Blüten und Blättern. Weitere Begrifflichkeiten sind zum Beispiel Gras, Dope, Pot oder Shit.

Der **Rausch** setzt innerhalb kürzester Zeit nach Einnahme ein und hält ungefähr 20 Minuten bis zu drei Stunden an. Er ist recht unterschiedlich und reicht von Heiterkeit über ein verändertes Zeit- und Raumerleben und eine Intensitätssteigerung in der optischen und akustischen Wahrnehmung bis hin zu Denkstörungen. Körperlich findet man bei Konsumenten einen beschleunigten Puls, eine Vergrößerung der Pupillen, gerötete Augen und Mundtrockenheit.

Eine körperliche **Abhängigkeit** entsteht durch Cannabinoide (wahrscheinlich) nicht, jedoch eine **psychische.**

Riskant wird eine **länger Einnahme**, da es zu längeren Räuschen mit stärkeren Symptomen kommt. Diese können sein:

- Verstimmungszustände (misstrauisch-dysphorisch)
- Psychosen – schizophrenieartig paranoid-halluzinatorisch
- Antriebslosigkeit
- Intessensverlust
- Nachlassen der Leistungsfähigkeit und des Verantwortungsgefühls
- Nachlässigkeit (auch in der Körperpflege)
- Konzentrations- und Gedächtnisstörungen
- relativ selten: Echopsychosen (auch noch lange nach Beendigung des Konsums)

Problematisch sehen einiger Kritiker die Möglichkeit des Cannabis-Konsums als Einstiegsdroge.

Der **Entzug** läuft verhältnismäßig undramatisch, sollte aber mit Beratung und ggf. Psychotherapie begleiten werden, da häufig auch psychiatrische Komorbiditäten bestehen, wie zum Beispiel Angststörungen, ADHS, Persönlichkeitsstörungen, Schizophrenien o. ä.

---

20 Lieb, Prof. Dr. med. Klaus; Frauenknecht, Dr. med. Sabine; Brunnhuber, Dr. med. Dr. rer. soc. MA phol. Stefan: Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie. Verlag Elsevier, München, 2009 (6. Auflage). Seite 207.

In Folge eines sehr starken Konsums können schließlich beim **Entzug** verschiedene Symptome auftreten:

- Reizbarkeit
- Ängstlichkeit
- Übelkeit
- Schwitzen
- Tremor
- Schlafstörung

Eine medikamentöse Unterstützung für den Entzug gibt es derzeit nicht.

9.5 Störungen durch Sedativa oder Hypnotika (ICD-10: F13)

Besonders infolge von diversen psychischen Erkrankungen wie Depressionen, Persönlichkeitsstörungen, Angststörungen und chronischen Schmerzsyndromen kann es zu einer Abhängigkeit von den ursprünglich als Medikamente verabreichten Stoffen kommen.

Benzodiazepine, Barbiturate oder auch Clomethiazol werden häufig länger eingenommen, als sie ursprünglich verschrieben wurden. So schätzt man, dass zum Beispiel ca. 1,2 Millionen Menschen in Deutschland von Benzodiazepinen abhängig sind.[21]

Allgemein kommt es bei den Sedativa und Hypnotika sowohl zu einer **körperlichen**, als auch einer **psychischen Abhängigkeit**.

Dir **Wirkungsweise** ist beruhigend und angstlösend, was bei einer **Überdosierung** schnell kritisch werden kann. Diese kann so zu gefährlichen Symptomen führen:

- Starke Schläfrigkeit
- Verringerter Blutdruck
- Koma
- Atemdepression
- Tod

Umso wichtiger ist bei Vergabe dieser Medikamente eine genaue Überwachung der weiteren Verwendung.

Kommt es zu einem **Entzug**, so kann auch dieser schnell lebensbedrohlich werden, sodass er auf jeden Fall genau überwacht werden muss. Symptome sind:

- Unruhe
- Reizbarkeit
- Angst
- depressive Verstimmung
- Schlaflosigkeit
- deliranten Syndrom (Verwirrung, psychotisches Erleben - lebensbedrohlich)
- Erhöhung von Puls und Blutdruck

---

21 Lieb, Prof. Dr. med. Klaus; Frauenknecht, Dr. med. Sabine; Brunnhuber, Dr. med. Dr. rer. soc. MA phol. Stefan: Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie. Verlag Elsevier, München, 2009 (6. Auflage). Seite 207.

- Schweißausbrüche
- Zittern
- Schmerzen in Kopf und in den Muskeln
- Durchfall, Übelkeit, Erbrechen
- epileptische Anfälle

Da der Entzug riskant ist, geschieht er schrittweise (zügig auf 50 %, dann alle sechs bis acht Tage jeweils um 25 Prozent, zuletzt noch langsamer über eine Dauer von mehreren Wochen). Begleitend können Psychopharmaka wie Antidepressiva oder auch ein Antiepileptikum eingesetzt werden.

9.6 Störungen durch Kokain und sonstigen Stimulanzien (ICD-10: F14)

Stimulanzien gibt es in den verschiedensten Formen – in unterschiedlichen Preisklassen und mit unterschiedlichen Zielgruppen.

Kokain wird gelegentlich in bestimmten beruflichen Branchen zur Leistungssteigerung genutzt und wird geschnupft oder in die Schleimhäute eingearbeitet – das sehr preiswert herzustellende Kokain-Derivat **Crack** wird geraucht, **Amphetamine** (zum Beispiel Ecstasy, „Poppers“ oder Ephedrin) werden zur Leistungssteigerung und/oder als Partydroge in Tablettenform eingesetzt. Sie führen alle zu einer angenehmen Gefühlslage, erhöhen die Wachheit, führen zu Euphorie und unterdrücken Hunger und Ermüdung sowie zur Erhöhung des sexuellen Erlebens. Diese Phänomene werden als „Rush“ bezeichnet, der jedoch oft nur wenige Minuten anhält.

Allen gleich ist, das sie zwar zu keiner körperlichen, aber enormen **psychischen Abhängigkeit** führen.

Kritisch sind alle Formen dieser Stimulanzien, heikel ist jedoch vor allem **Ecstasy**, da eine **Intoxikation** schnell lebensbedrohlich werden kann, vor allem in ihrem Einsatz als Partydroge. Hier zeigen sich häufig:

- Erhöhte Körpertemperatur
- Verstärkte Blutungsneigung
- Zerfall von Muskelfasern
- Krampfanfälle
- Herzrhytmussstörungen
- Schlaganfall
- Ein verminderter Natriumspiegel im Blut
- Leberversagen
- Nierenversagen
- Koma

Bei einer **allgemeinen Intoxikation** treten folgende Symptome auf:

- Zu niedriger oder zu hoher Blutdruck
- Erbrechen und Übelkeit
- Gewichtsverlust
- Überhöhte Aktivität oder auch Verlangsamung
- Verringerter oder erhöhter Herzschlag
- Schwitzen oder Frieren
- Muskelschwäche

- Herzrhythmusstörungen
- Atemdepression
- Vergrößerte Pupillen
- Krampfanfälle
- Störungen des Bewegungsablaufs
- Verwirrtheit
- Koma

Beim **Entzug** klagen die Betroffenen nach wenigen Stunden oder auch noch einige Tage danach häufig über eine

- bedrückte, traurige Stimmung
- Müdigkeit
- Schlaflosigkeit – oder auch starke Schläfrigkeit
- unangenehme lebhafte Träume
- Steigerung des Appetits
- Unruhe oder auch Verlangsamung der Psychomotorik

9.7 Störungen durch Halluzinogene (ICD-10: F16)

Einst in der Psychiatrie eingesetzt, hat der bekannteste Vertreter dieser Gruppe – das LSD (Lysergsäurediethylamid) – eine steile Karriere als Droge gemacht. Neuerdings „en Vogue“ sind „Magic Mushrooms“, also Pilze, die eine halluzinogene Wirkungen haben. Ansonsten existieren zum Beispiel Angel Dust oder PCP aus dem Wirkstoff Phencyclidin oder auch Ketamin.

Im **Rausch**, der bis zu acht Stunden anhalten kann, erleben die Betroffenen eine „Bewusstseinserweiterung“ in Form von Pseudohalluzinationen (Szenen, Farben, Formen, erhöhte Intensität der Wahrnehmung oder auch illusionäre Verkennungen). Meist enden diese Erlebnisse mit einer starken Traurigkeit oder auch Depression, gelegentlich kann es zu sogenannten „Horrortrips“ kommen, bei dem paranoide Ängste, Wahrnehmungsstörungen oder Depersonalisationen entstehen können. Noch Tage und Wochen später kann es zu Flash-Back-Erlebnissen kommen.

Bei dem Konsum von PCP kommt es zudem zum Beispiel zu Euphorie, Rigor, Ataxie oder einer verminderten Schmerzwahrnehmung. Gefährlich ist hier, dass hohe Dosen zu Krämpfen, Koma und Tod führen können.

Allgemein kommt es bei den Halluzinogenen zwar zu keiner körperlichen, aber einer **psychischen Abhängigkeit**.

Ungewöhnlich für Drogen, tritt nach dem Absetzten **kein Entzugssyndrom** ein.

9.8 Störungen durch Tabak (ICD-10: F17)

Zwar geht der Anteil der Raucher infolge unterschiedlicher Kampagnen zunehmend zurück, jedoch rauchen immer noch ca. 20 Millionen Deutsche – ca. 28 % der Menschen über 15 Jahre.

Dabei hat gerade der Tabak als „Alltagsdroge“ eine unglaublich hohe Mortalität durch die Folgeschäden des Rauchens. 50 % aller Raucher sterben frühzeitig, besonders an Erkrankung des Herz-Kreislauf-Systems, Krebs oder chronischen Lungenerkrankungen.

Laut ICD-10 müssen zur Diagnose der Tabakabhängigkeit **drei der folgenden Kriterien** im Verlauf eines Jahres zutreffen:

- Der Tabakkonsum ist zwanghaft.
- Es hat sich eine Toleranz entwickelt.
- Bei Abstinenz kommt es zu einer körperlichen Entzugssymptomatik.
- Der Tabakkonsum wird trotz Folgeschäden fortgesetzt.
- Die Lebensgewohnheiten werden verändert, damit der Tabakkonsum aufrechterhalten wird.
- Es besteht über das Rauchverhalten nur eine eingeschränkte Kontrolle.

Allgemein kommt es bei Tabak sowohl zu einer **körperlichen**, als auch zu einer **psychischen Abhängigkeit**.

Das **Entzugssyndrom**, das zumeist ein bis vier Wochen dauert, ist entsprechend vielfältig.

- Verlangen nach Tabak
- Angst
- Ungeduld
- Konzentrationsstörungen
- Verringerte Herzfrequenz
- Verringerter Blutdruck
- Kreislaufprobleme
- Hungergefühle (Gewichtszunahme)
- Depressivität
- Durchschlafstörungen

Die Entzugsmaßnahmen sind vielfältig und kombinieren häufig psychotherapeutische mit medikamentösen Maßnahmen (zum Beispiel Nikotinpflaster oder Vareniclin).

9.9 Störungen durch flüchtige Lösungsmittel (ICD-10: F18)

Flüchtige Lösungsmittel, wie man sie in Benzin, Lacken oder Klebstoffen findet, werden vor allem, da leicht und billig zu bekommen, in weniger wohlhabenden Bevölkerungsschichten und von Kindern und jungen Jugendlichen genommen. Um einen Rausch zu erreichen, werden sie eingeatmet. Der **Rausch** selbst führt zu Euphorie, Halluzinationen, Bewegungsstörungen, Tremor und sogar Bewusstlosigkeit.

Ein **dauerhafter Missbrauch** hat enorme Auswirkungen:

- Schäden im zentralen Nervensystem mit zum Beispiel Wesensveränderungen, Ausfällen der Motorik oder der Sinnesempfindung, Krämpfe oder Polyneuropathien bis hin zur Atemdepression
- Leberschäden
- Nierenschäden
- Knochenmarksdepression
- Herz-Rhythmusstörungen.

Allgemein kommt es bei den Lösungsmitteln zwar selten zu einer körperlichen, aber zu einer starken **psychischen Abhängigkeit** mit hoher Toleranzentwicklung.

9.10 Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und den Konsum sonstiger psychotroper Substanzen (ICD-10: F19)

Werden mehrere Substanzen aus mindestens **drei unterschiedlichen Kategorien** über einen Zeitraum von **mindestens sechs Monaten** zur gleichen Zeit genommen, spricht man von einer Polytoxikomanie. Dies geschieht „wahllos und chaotisch“.[22]

Ursache ist meist eine nicht konsequente Verfügbarkeit einer Substanz oder wenn ein Stoff gegen die Nebenwirkungen des anderen eingesetzt wird. (Stimulanzien zum Beispiel gegen den Hangover am nächsten Morgen.)

Hier ist der therapeutische Anpack oftmals schwierig und muss entsprechend strategisch therapeutisch angelegt werden.

---

22 Weltgesundheitsorganisation, Dilling, H, Mombour, W., Schmidt, M. H. (Hrsg.): Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F) – Klinisch-diagnosische Leitlinien. Verlag Hans Huber, Bern, 2008 (6. vollständig überarbeitete Auflage).

9.11 Mögliche Therapieformen

Therapeutisch geht man bei einer Abhängigkeit von vier Phasen aus:

1. Kontaktphase

Möglichst über niedrigschwellige Angebote Aufbau der Krankheitseinsicht, Informationsvermittlung und Aufklärung, Aufbau von Eigen-Motivation zum Entzug (durch Erkennen, aber auch durch den Aufbau von Angst vor Sanktionen, wie dem Verlust des Partners oder des Arbeitsplatzes), Entwurf des Therapieplans – durch zum Beispiel den Arzt, die Beratungsstelle, die Ambulanz – und soziale Unterstützung.

2. Entzugsphase

Absetzten der Substanz und Entgiften des Körpers bis zur kompletten Abstinenz – häufig stationär. Im Allgemeinen wird die Substanz komplett und plötzlich abgesetzt, allein bei Benzodiazepinen und barbiturathaltigen Medikamenten erfolgt der Entzug schrittweise. Ergänzt wird der Entzug zur Linderung der Entzugserscheinungen oft durch Psychopharmaka zum Beispiel Clomethiazol (bei Alkohol) oder Doxepin (bei Opiaten).

3. Entwöhnungsphase

In einer Spezialklinik werden weiterführende Therapien zur Unterstützung und zur Prävention eines Rückfalls eingesetzt (Psychotherapie, Rehabilitation).

4. Nachsorgephase

In der Nachsorgephase soll der Zustand des Betroffenen stabilisiert werden. Hier unterstützen ein niedergelassener Arzt, Suchtberatungsstellen oder auch Sozialarbeiter. Anzuraten ist hier die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe und auch Einzeltherapie. Bei einigen Substanzen sollten zur Rezidivprophylaxe Psychopharmaka eingesetzt werden (sogenannte „Anticraving-Substanzen“ wie Naltrexon oder Acamprosat).

Die **Prognosen** gelten im Allgemeinen jedoch durch alle Abhängigkeiten hinweg als nicht günstig. Zum Beispiel werden 50 bis 80 Prozent der Alkoholabhängigen wieder rückfällig und ca. 80 bis 90 Prozent aller Heroinabhängigen.

Kapitel 10:

Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (ICD-10: F2)

10.1 Schizophrenie (ICD-10: F20)

Die Schizophrenie ist eine psychische Erkrankung, die massiven Einfluss auf das Erleben und Wahrnehmung der Umwelt, das Denken und Fühlen und das eigene Verhalten hat. Zentral kann man von einem Bestehen abnormer Erlebnis- und Empfindungswelten sprechen. Die Realität wird uminterpretiert.

10.1.1 Ätiologie

Welche **Ursachen** eine Schizophrenie hat, ist noch nicht endgültig geklärt. Es wird eine multifaktorielle endogene (körperliche) Ursache vermutet, was allerdings immer noch nicht bewiesen ist. Eine familiäre Häufung von Schizophrenien lässt zumindest als einen möglichen Faktor für einige Erkrankungen eine genetische Prädisposition vermuten. Ausgelöst wird dieser Erkrankungskomplex vermutlich nach dem Vulnerabilität-Stress-Modell, dass besagt, dass durch genetische oder entwicklungsbiologische und prägende Faktoren in der Familie (zum Beispiel durch eine schlechte Familienatmosphäre mit Feindseligkeit, Kritik, Überbehütung und widersprüchlichen Zeichen verbaler und non-verbaler Art in der Kommunikation) eine erhöhte „Verletzlichkeit“, also Vulnerabilität, entsteht. Durch Umweltfaktoren (Stress) wird quasi ein Schalter betätigt, der die Krankheit auslöst. Es folgen Veränderungen im Neurotransmittersystem (Dopamin, Glutamat, Serotonin), die verschiedene psychische Symptome auslösen.

Zugleich geht man von einer Art neuronalen „Netzwerkstörung“ aus.

Ihr **Vorkommen** ist (neben der Alkoholkrankheit und der Depression) recht häufig und für die Betroffenen fatal. Bis zu zehn Prozent bleiben behindert, über 80 % sind nicht mehr in der Lage, vollständig ihrem Beruf nachzugehen. Zudem ist die Suizidrate unter den Patienten hoch.

Ein Prozent der Bevölkerung hat das Risiko mindestens einmal in ihrem Leben an einer Schizophrenie zu erkranken. Meist liegt die Erstmanifestation zwischen der Pubertät und dem 30. Lebensjahr (50 %). Frauen und Männer sind dabei gleichermaßen betroffen, wobei Frauen durchschnittlich später erkranken und eine bessere Langzeitprognose haben.

Häufig tritt eine Schizophrenie mit anderen Störungen, wie einer Suchterkrankung auf.

10.1.2 Definitionen

Historisch baut sich die heutige Definition der Schizophrenie auf die Erkenntnisse der Psychiater Bleuler (1857 – 1939) und Schneider (1887 – 1967) auf.

Eugen Bleuler teilte die Symptome in Grundsysteme (die vier großen As) und akzessorische Symptome, die vorkommen können, aber nicht müssen.

Grundsymptome:

- **A**ssoziationslockerung (formale Denkstörungen, bei denen zum Beispiel Neologismen (neue Wörter) erfunden/gebildet werden)
- **A**ffektstörung (zum Beispiel Parathymie (der Ausdruck eines Gefühls ist ganz anders als das Gefühlte selbst))
- **A**utismus (Selbstausschluss aus der Gemeinschaft bis hin zu Mutismus oder Stupor)
- **A**mbivalenz

Akzessorische Symptome:

- Wahrnehmungsstörungen (Halluzinationen)
- Inhaltliche Denkstörungen (Wahn)
- Katatone Störungen (Störungen des Antriebs und der Motorik – zum Beispiel starker Bewegungsdrang, Unruhe, Selbst- und Fremdaggression, Manierismen oder auch Stupor, Negativismus, Katalepsie, Haltungsstereotypen)

Kurt Schneider teilte in Symptome ersten und zweiten Ranges ein, wobei er eher den Blick auf die abnormen Erlebniswelten der Schizophrenie richtete.

Symptome ersten Ranges

- Stimmen (dialogisch oder kommentierend)
- Gedankenlautwerden
- Leibliche Beeinflussungserlebnisse (das Gefühl, gegen den eigenen Willen zum Beispiel berührt, bestrahlt oder verändert zu werden)
- Gedankeneingebungen, Gedankenentzug, Gedankenausbreitung, Willensbeeinflussung (Ich-Störungen)
- Wahnwahrnehmungen (realen Wahrnehmungen wird eine wahnhafte Bedeutung beigemessen)

Symptome zweiten Ranges

- Sonstige Halluzinationen (optisch, gustatorisch, olfaktorisch, taktil)

- Zönästhesien, die aber nicht von außen gemacht sind (man nimmt zum Beispiel seine Extremitäten vergrößert oder verkleinert wahr)
- Wahneinfall (zum Beispiel Verfolgungs- oder Beeinträchtigungswahn)

10.1.3 Diagnose/Verlauf/Prognose

Nach dem **ICD-10** spricht man von einer Schizophrenie nach F20, wenn **keine pathologischen hirnorganischen/organischen Befunde** bestehen und die Symptome seit **länger als einem Monat** bestehen.

Folgende Kriterien müssen erfüllt werden:

Mindestens ein eindeutiges Symptom der Gruppe 1 bis 4

1. Ich-Störungen (Gedankeneingebung, -entzug, -ausbreitung oder -lautwerden)
2. Inhaltliche Denkstörungen (Wahnwahrnehmungen, Kontroll- oder Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachten)
3. Akustische Halluzinationen (dialogisch, kommentierend)
4. Anhaltender Wahn – kulturell unangemessen oder unrealistisch

Mindestens zwei Symptome der Gruppe 5 bis 9

5. Anhaltende Halluzinationen unabhängig aus welchem Sinnesbereich
6. Formale Denkstörungen – Gedankenabreißen oder Störungen im Gedankenfluss mit der Folge von Vorbeireden, Zerfahrenheit oder Neologismen (Wortneubildungen)
7. Katatone Symptome
8. Negativsymptomatik wie zum Beispiel Sprachverarmung, Apathie, flacher oder inadäquater Affekt, sozialer Rückzug und verringerte soziale Leistungsfähigkeit
9. eindeutige und durchgängige Verhaltensänderungen mit Folgen wie Trägheit, Ziellosigkeit, Verlorenheit in sich und sozialer Rückzug

Dabei können die **Verlaufsformen** unterschiedlich sein:

- vielphasig
- schubförmig
- rezidiv (mündet meist in eine Depression)
- gradlinig hin zu einer typisch schizophrenen Denkstörung

Der Verlauf einer Schizophrenie findet oft in **Phasen** statt. Diese sind (Erkennbar auch die Unterscheidungen Negativ- und Positivsymptome):

Prodromalphase - vor akuter Erkrankung Monate bis Jahre	**Aktive Krankheitsphase – akut florierend**	**Residualsyndrom (nicht unbedingt die Regel!) - länger als drei Jahre**
Negativsymptome • sozialer Rückzug • Affektverflachung • Apathie • Leistungsabfall, Interesselosigkeit • ungewöhnliches Verhalten • Empfindsamkeit, Reizbarkeit	**Positivsymptome** • Wahn • Halluzinationen • Ich-Störungen • formale Denkstörungen • bizarres Verhalten **Frühwarnzeichen** Tage bis Wochen vorher: • Angespanntheit, Nervosität, Ruhelosigkeit • Schlafstörungen • Konzentrations- und Gedächtnisstörungen • Stimmungsschwankungen • Rückzug	**Negativsymptome** • Antriebsverlust • Erschöpfbarkeit • Leistungsinsuffizienz • Konzentrations- und Gedächtnisstörungen • Zönästhesien

Und auch von der **Prognose** her sind die verschiedenen Formen der Schizophrenie sehr unterschiedlich, die Prognosen werden aber durch bessere Therapien immer besser.

Dabei kann man grob sagen, dass 1/3 der Erkrankungen zu einer Heilung oder zumindest nur leichten Residualzuständen führen, 1/3 verlaufen mittelschwer, 1/3 verlaufen mit schweren Residualzuständen oder werden chronisch.

Die Prognose einmal überspitzt ausgedrückt:

- Eine **gute Prognose** zeigen verheiratete Frauen, in einem guten sozialen Umfeld, deren Krankheitsbeginn durch Stress oder akute schwere Lebensereignisse ausgelöst wurde, deren Krankheitsverlauf sich mit seltenen oder kurzen Krankheitsphasen mit affektiven Auffälligkeiten auszeichnete und die außerdem frühzeitig mit Neuroleptika behandelt wurden, auf die sie gut ansprachen.
- Eine **schlechte Prognose** haben geschiedene oder getrennt lebende Männer, die in sozialer Isolation leben, bereit in der Jugend Anpassungsprobleme hatten, unter langen und häufigen Krankheitsphasen litten, die Schizophrenie schleichend begann, sie unter Negativsymptomatiken, Wahnideen und akustischen Halluzinationen litten und lange nicht medikamentös behandelt wurden.

10.1.4 Unterformen

Die eine Schizophrenie gibt es nicht. Sie äußert sich durch diverse **Unterformen.** Die wichtigsten erläutern wir hier in Folge:

10.1.4.1 Paranoide Schizophrenie (ICD-10: F20.0)

Die paranoide Schizophrenie zeichnet sich durch ein wahnhaft-halluzinatorisches Erleben ergänzt durch Ich-Störungen aus.

Der Betroffene leidet unter

- Wahnwahrnehmungen
- dem Hören von Stimmen (dialogisch und kommentierend)
- Gedankenlautwerden
- Gedankeneingebung, Gedankenentzug, Gedankenausbreitung und Willensbeeinflussung

Sie ist mit ca. 75 % die am häufigsten vorkommende Form. Meist beginnt sie erst ab dem 40. Lebensjahr und ist von ihrer Prognose her günstig.

10.1.4.2 Hebephrene Schizophrenie (ICD-10: F20.1)

Die hebephrene Schizophrenie zeichnet sich durch Affekt-, Antriebs- und Denkstörung aus und lässt sich oftmals gut über die heitere-läppische Grundstimmung mit distanzlosem Verhalten erkennen.

Der Betroffene leidet unter

- läppisch-heitere Stimmungslage mit dem entsprechenden Verhalten (Überschwang, Distanzlosigkeit, Altklugheit, Unverschämtheit)
- von Zeit zu Zeit flache Stimmungslage, depressiv
- keinerlei emotionale Wärme
- sprachliche Assoziationslockerung, Vorbeireden, Wortsalat, selbsterfundene Sprache etc.
- Realitätsabgewandtheit (autistisch)
- Verlust der sozialen Kompetenz
- schleichender Verlust der Persönlichkeitsstruktur
- Tendenz zur Verwahrlosung

Meist beginnt sie in der Pubertät oder auch kurz danach. Sie ist von ihrer Prognose her, besonders bei weiblichen Erkrankten, eher ungünstig.

10.1.4.3 Katatone Schizophrenie (ICD-10: F20.2)

Die katatone Schizophrenie zeichnet sich hauptsächlich durch psychomotorische Symptome aus.

Der Betroffene leidet zum Beispiel unter:

- Stupor (Starre), Mutismus (Erstummen), Katalepsie (Verharren in bestimmten Haltungen), Ambitendenz
- Negativismus (Verweigerungshaltung aufgrund von Paranoia)
- Raptus (plötzliche Erregung)
- Flexibilitas cerea („wächserne" Körperhaltung)
- Befehlsautomatie
- Echolalie (Nachsprechen von Wörtern)
- Manierismus und Grimassieren
- Wahn, Halluzinationen und Ich-Störungen können gelegentlich dazu kommen

Kritisch kann die sogenannte perniziöse Katatonie sein, die lebensbedrohlich werden kann (Anzeichen: Fieber und Tachykardie). Therapeutisch werden hier normalerweise hochdosiert Neuroleptika verabreicht. Da die Symptome aber auch leicht mit dem malignen neuroleptischen Syndrom verwechselt werden können, bei der ein Neuroleptikum abgesetzt werden muss, kann das manchmal zu einer Zwickmühle führen. Ein Ausweg kann die Anwendung einer Elektrokonvulsionstherapie sein.

Die katatone Schizophrenie ist von ihrer Prognose her günstig.

10.1.4.4 Undifferenzierte Schizophrenie (ICD-10: F20.3)

Kann eine Schizophrenie nicht einer anderen Subform zugeordnet werden, stellt man die Diagnose der „undiffenzierten Schizophrenie".

10.1.4.5 Postschizophrene Depression (ICD-10: F20.4)

Nach einer akuten Schizophrenie kann es bis zu **zwölf Monate später** zu einer postschizophrenen Depression kommen. Hier sind noch ein bis zwei schizophrene Symptome vorhanden, ansonsten bestehen depressive Symptome, die zur genauen Diagnose **mindestens zwei Wochen** bestehen müssen.

Die Betroffenen leiden unter

- depressiver Symptomatik wie Antriebsverlust, fehlende Konzentration, Grübeln, Gefühl der Wertlosigkeit, Libidoverlust, Schlaflosigkeit u. a.
- erhöhtem Suizidrisiko

10.1.4.6 Schizophrenes Residuum (ICD-10: F20.5)

Ist in der Vergangenheit bereits mindestens ein psychotisches Zustandsbild aufgetreten, das einer Schizophrenie entsprach und zeigten sich **in den letzten zwölf Monaten** starke Negativsymptome, so spricht man von einem schizophrenen Residuum. Dies bedeutet, dass die Schizophrenie einen **chronischen** Verlauf angenommen hat.

Der Betroffene leidet zum Beispiel seit **mindestens zwölf Monaten unter mindestens vier** der folgenden Symptome:

- psychomotorische Verlangsamung - verminderte Aktivität
- Affektverflachung
- fehlende Initiative und Passivität
- sprachliche Verarmung
- verringerte soziale Leistungsfähigkeit
- vernachlässigte Körperpflege

10.1.4.7 Schizophrenia simplex (ICD-10: F20.6)

Die Schizophrenia simplex ist relativ schwer zu erkennen, da sie anfänglich recht symptomschwach ist. So bleiben Betroffene zunächst häufig unauffällig. Erst langsam, aber konsequent, bildet sich eine ausgeprägte Negativsymptomatik aus.

Der Betroffene leidet unter:

- Affektverflachung
- Antriebsstörungen

- Einschränkung des emotionalen Erlebens
- geringe Initiative
- Mangel an Interesse
- Verarmung der Psychomotorik
- Probleme beim Denken
- Störungen der Kognition
- Konzentrationsmangel
- sozialem Rückzug
- verminderte Mimik und Gestik

Die Prognose ist schlecht.

10.1.4.8 Sonstige Schizophrenie: Zönästhetische Schizophrenie (FICD-10: 20.8)

Bei der zönästhetischen Schizophrenie erleben die Betroffenen massive Körpermissempfindungen und Halluzinationen.

Der Betroffene leidet unter

- merkwürdigen, bizarren Leibesempfindungen (Schrumpfen von Extremitäten, Bewegungen von Organen, Temperaturempfindungen)

Die Prognose ist schlecht, therapeutisch lässt sich diese Unterform schwer beeinflussen.

10.2 Schizotype Störung (ICD-10: F21)

Die schizotype Störung wird von den Betroffenen oftmals nicht in ihrem Krankheitswert erkannt. Sie zeichnet sich durch ein eigentümliches Verhalten sowie Misstrauen aus. Betroffene sind oft übersensibel und haben Probleme mit engen persönlichen Beziehungen. Nach außen hin erscheinen sie oft gleichgültig und unzugänglich. Außerdem sind Denken und Wahrnehmung oftmals verzerrt.

Sie katapultieren sich dadurch meist gesellschaftlich ins Abseits, werden aber gelegentlich auch durch ihr schrulliges und exzentrisches Verhalten als interessant angesehen.

Diese Erkrankung kommt relativ selten vor (man vermutet bei 0,5 bis 3 % der Bevölkerung).

Laut dem ICD-10 müssen für eine Diagnose der schizotypen Störung **mindestens drei der folgenden Symptome mindesten zwei Jahre** vorhanden sein.

1. eingeschränkter oder inadäquater Affekt (unnahbar und kalt)
2. exzentrisches oder seltsames Verhalten mit einem entsprechenden Erscheinen
3. wenige soziale Kontakte und Neigung zum sozialen Rückzug
4. eigentümliche Glaubensinhalte sowie magisches Denken, die entsprechen auf das Verhalten übergehen und widersprüchlich zu den kulturellen Normen sind
5. paranoide Ideen oder Misstrauen
6. zwanghaftes Grübeln mit sexuellen, aggressiven oder ängstlichen Inhalten auf den eigenen Körper bezogen – ohne diesem Widerstand zu leisten
7. Körpergefühlsstörungen, Illusionen, Derealisations- und Depersonalisationserleben
8. Sprache und Denken sind umständlich, vage, metaphorisch, seltsam – jedoch nicht zerfahren
9. vorübergehend gelegentlich fast psychotische Episoden mit starken Illusionen, Halluzinationen oder wahnähnlichen Ideen – ohne äußerliche Veranlassung

10.3 Anhaltende wahnhafte Störung (ICD-10: F22)

Diese Form der Störung bezieht sich auf einzelne Wahnideen oder sogar Wahninhalte, die ein ganzes System bilden. Dabei sind sie nicht unglaubhaft, sondern sind für Außenstehende sogar gut nachvollziehbar.

Meist beginnt diese Störung im mittleren Alter oder bei älteren Personen und muss zur Diagnose **mindestens bereits drei Monate** bestehen.

Themen sind häufig:

- Liebe und Sexualität (Erotomanie)
- Eifersucht (Othello-Syndrom)
- Größe/Bedeutung (Megalomanie)
- Hypochondrie

Je akuter der Beginn und je jünger die Betroffenen, desto günstiger ist die Prognose.

Probleme gibt es hauptsächlich durch die geringe Krankheitseinsicht des Betroffenen, sodass zur Behandlung im Notfall eine Betreuung eingerichtet werden muss.

10.4 Akute vorübergehende psychotische Störung (ICD-10: F23)

Hierbei handelt es sich um eine Gruppe von psychotischen Störungen:

- akute polymorphe psychotische Störung ohne Symptome einer Schizophrenie (F23.1)
- akute polymorphe psychotische Störung mit Symptomen einer Schizophrenie (F23.1)
- akute schizophreniforme psychotische Störung (F23.2)

Sie zeichnen sich alle durch einen akuten Beginn von **längstens zwei Wochen in Folge einer akuten Belastung** mit schnell wechselnden Symptomen wie Wahnvorstellungen, Wahrnehmungsstörungen und Verhaltensstörungen aus, aber auch Rastlosigkeit, Verwirrtheit oder Desorientiertheit. Dabei kann das Erscheinungsbild von Tag zu Tag – manchmal auch noch schneller – wechseln.

Maximal dauert die Erkrankung einem Monat und ist dann meistens wieder ganz ausgeheilt.

10.5 Induzierte wahnhafte Störung (ICD-10: F24)

Manchmal kann es passieren, dass zunächst gesunde Menschen die wahnhaften Überzeugungen eines anderen erkrankten Menschen übernehmen. Voraussetzung ist eine emotional sehr enge Beziehung, wie es bei Partnern, Eltern, sehr engen Freunden oder auch Geschwistern, ggf. auch bei einer Sekte, der Fall ist, vor allem, wenn sie zudem von anderen sozialen Kontakten isoliert sind. In diesem Fall spricht man von einer induzierten wahnhaften Störung.

Inhaltlich sind dies häufig Wahnideen mit religiösen Inhalten, Größen- oder Verfolgungswahn.

Nach einer Trennung fällt auch zumeist sofort der Wahninhalt weg.

10.6 Schizoaffektive Störung (ICD-10: F25)

Die schizoaffektive Störung ist eine psychische Störung bei der sich die Symptome der Schizophrenie mit einer affektiven Störung (manisch, depressiv oder manisch-depressiv) vereint.

So leiden die Betroffenen, meist anfänglich ältere Jugendliche und junge Erwachsene, sowohl unter Symptomen des schizophrenen Formenkreises, wie Wahn oder Halluzination, als auch an jenen der affektiven Störung. Dabei muss die affektive Störung das Krankheitsbild beherrschen. (Da ja auch affektive Symptomatiken bei einer „reinen“ Schizophrenie vorkommen.)

So unterscheidet man auch:

- schizioaffektive Störung, gegenwärtig manisch (F25.0)
- schizioaffektive Störung, gegenwärtig depressive (F25.1)
- gemischte schizoaffektive Störung (F25.2)

Der Verlauf kann dabei in wechselnden Episoden verlaufen oder auch chronifzierend inklusive einem Residualsyndrom, also mit anhaltenden Beeinträchtigungen, sein.

Die Prognose ist im Allgemeinen gut, wobei schizomanische Episoden noch eine etwas bessere Prognose haben als die schizodepressive Verlaufsform. Dabei gilt: je stärker die schizophrene Symptomatik, desto schlechter auch die Prognose. Etwa 20 % der Betroffenen erleben einen chronischen Verlauf.

10.7 Mögliche Therapieformen

Im Zentrum der Therapie von sämtlichen Formen der Schizophrenie oder Psychosen stehen **Psychopharmaka**, hauptsächlich Neuroleptika – sowohl, wenn es um die Akutbehandlung als auch die Langzeittherapie geht. Ergänzt wird zumeist um eine **Psychotherapie** und eine **Soziotherapie**. Zum Teil kommen auch biologische Verfahren, speziell die **Elektrokonvulsionstherapie** zum Einsatz.[23]

Ein akuter Ausbruch wird stationär behandelt. Dabei geht es darum, den Patienten, der ja unter einer ausgeprägten Realitätsstörung leidet und unfähig ist, „vernünftig" und organisiert zu handeln, vor Eigen- und Fremdgefährdung zu schützen und ihn therapeutisch optimal (neu) einzustellen.

Sowohl hier als auch später zur Rezidivprophylaxe werden Neuroleptika verabreicht. Diese haben die Hauptaufgabe antipsychotisch zu wirken. Das bedeutet, dass sie zum einen dämpfend bei psychomotorischer Erregtheit wirken und so möglichem aggressiven Verhalten entgegenwirken, zum anderen wirken sie Sinnestäuschungen psychotischer Art, Wahndenken aber auch katatonen Symptomen und Ich-Störungen entgegen.

Es gilt: [24]

- Erregte Patienten erhalten niederpotente Neuroleptika oder Benzodiazepin, die in erster Linie sedierend und nur gering antipsychotisch wirken.
- Akut paranoid-hallozinatorische Patienten erhalten hochpotente klassische oder atypische Neuroleptika, meist in Kombination mit einem sedierenden Medikament.
- Katatone Patienten erhalten hochpotente klassische Neuroleptika oder atypische Neuroleptika mit Benzodiazepinen. Hier kann eine Elektrokonvulsionstherapie lebensrettend wirken.
- Patienten mit einer schizophrenen Negativ-Symptomatik werden atypische Neuroleptika verabreicht.
- Bei einer postschizophrenen Depression werden Antidepressiva eingesetzt.

Die entsprechenden Neuroleptika werden dabei oft einander ergänzend verabreicht.

Bei schweren, therapieresistenten (und bei einer lebensbedrohlichen Katatonie) Verläufen wird meist eine Elektrokonvulsionstherapie eingesetzt.

---

23 siehe hierzu auch Kapitel 06: Therapeutische Maßnahmen

24 siehe hierzu auch Kapitel 06: Therapeutische Maßnahmen

Im Allgemeinen entscheidet man bei der Medikamentation zusätzlich nach früherem Ansprechen, nach den geringstmöglichen Nebenwirkungen sowie nach dem Nebenwirkprofil des Psychopharmakas, die Präferenz des Patienten für ein bestimmtes Medikament und dessen Darreichungsform in Hinblick auf die zukünftige Praktikabilität für eine dauerhafte Behandlung.

Eine Wirkung sollte schließlich spätestens nach vier bis acht Wochen eintreten. Sollte dies nicht geschehen, geht man auf die Maximaldosis oder verwenden ein anderes Neuroleptikum, bzw. Clozapin, aus einer anderen chemischen Gruppe. Gelegentlich wird in diesem Fall auch ein Stimmungsstabilisierer oder ein Antidepressivum ergänzend verabreicht.

Hat eine Stabilisierung stattgefunden, wird die Medikamentation bei einem Erstauftreten für ein bis zwei Jahre fortgesetzt, bei einem Rezidiv mindestens fünf Jahre (ein Absetzen läuft **langsam** über drei bis sechs Monate), ansonsten bei einer chronischen Schizophrenie ein Leben lang und es werden psycho- und soziotherapeutische Maßnahmen ergänzt. Dies kann dann ambulant oder in einer Tagesklinik teilstationär geschehen.

Hier geht es darum, dass die Betroffenen:

- ihre Krankheit verstehen lernen.
- Strategien entwickeln, mit Stress und Problemen umzugehen.
- Stärken entwickeln, um Ressourcen- und Funktionseinbußen zu bewältigen und ggf. auszugleichen.
- ihre Kognition trainieren.
- einen Rückfallschutz aufbauen.
- erfahren, wie sie mit Anzeichen eines Rückfalls erkennen und mit ihm umgehen (Entwicklung eines „Krisenplans“).
- beraten werden, welche Möglichkeiten zur Unterstützung – vor allem organisatorischer und finanzieller Art – sie haben.
- ihre soziale Wahrnehmung sowie Kommunikation schulen und somit Kompetenz aufbauen .
- ihre Behandlungszeit verkürzen können.
- einen strukturierten Tagesablauf gewinnen.
- sie optimalerweise die Möglichkeit zu geben, ein selbständiges Leben zu führen und sich wieder in die Gesellschaft sowie einen Arbeitsplatz eingliedern können.

Psychotherapeutisch gehören kognitive Trainingsverfahren, Familientherapie und Angehörigenarbeit zum Konzept.

Soziotherapeutisch arbeitet man stark mit Ergotherapie und spezifischen Rehabilitationsprogrammen, wie Arbeitstherapie. Als günstig zeigt sich auch die Unterbringung in Tagesstätten, betreuten Wohneinrichtungen und eine Ergänzung durch Selbsthilfegruppen.

Kapitel 11:

Affektive Störungen

(ICD-10: F3)

11.1 Einführung

Die affektiven Störungen zeichnen sich durch eine krankhafte Veränderung der Stimmung aus. Diese kann, wie bei der Manie, übertrieben gehoben und erregt oder auch, wie bei der Depression sehr stark gedrückt und gehemmt sein. Häufig passiert das episodisch, unterbrochen von mit „normalen" Phasen oder auch anhaltend. Gleichzeitig können sie auch bipolar verlaufen (depressive und manische Formen im Wechsel).

Betroffen sind dabei nicht nur die **Stimmung**, sondern auch der **Antrieb**, die **vegetativen Funktionen**, das **formale** sowie **inhaltliche Denken** und die **soziale Interaktion**.

Häufigste Erkrankungsform ist die unipolare Depression (von der doppelt soviel Frauen wie Männer betroffen sind). Das Lebenszeitrisiko zu erkranken liegt bei fast 18 % – Tendenz steigend. Gefolgt wird die Depression in ihrer Häufigkeit von der bipolaren affektiven Störung. Die Manie macht den kleinsten Anteil aller Erkrankungen aus.

Problematisch ist vor allem die hohe Suizidrate bei Erkrankten mit unipolarer Depression. Man vermutet, dass bis zu 60 % aller Betroffenen im Laufe der Erkrankung einen Suizidversuch durchführen.

Günstig ist die Prognose bei jüngeren Betroffenen ohne genetische Vorbelastung in der Familie, mit guter Unterstützung aus dem sozialen Umfeld und geringen beruflichen Konflikten. Umgekehrt ist die Prognose bei vereinsamten älteren Menschen, die vielleicht sogar eine Komorbidität mit anderen Erkrankungen (Abhängigkeit, Persönlichkeitsstörungen, Angsterkrankungen etc.) haben, eher schlecht.

Ursachen

Es gibt unterschiedliche Ursachen, an einer affektiven Störung zu erkranken, die sich untereinander verzahnen.

An erster Stelle liegt häufig eine genetisch bedingte Verletzlichkeit und/oder eine biografisch bedingte Vorbelastung (Verlust und Trennung vor allem von der Mutter), die zusammen mit äußeren oder auch biologischen Faktoren den Weg für eine affektive Störung ebnet. Außerdem spricht man von der Möglichkeit einer prämobiden Persönlichkeit, einem „Typus melancholicus", den man unter vielen depressiv Erkrankten finden kann. Er zeichnet sich durch einen starken Ordnungssinn – persönlicher und sachlicher Art – aus. Er ist verlässlich, bescheiden und akkurat und hat vor allem an sich hohe Ansprüche. Er neigt zu aufopfernden Verhalten mit Drang zu hohen eigenen Leistungen – will jedoch auch Anerkennung und Wertschätzung erleben.

Finale äußere auslösende Faktoren können **psychosoziale Stressoren** sein (wie ein traumatisches Erleben oder Einsamkeit) oder **somatische Stressoren** (wie körperliche Erkrankungen oder bestimmte Medikamente). **Biologische Ursachen** können ein zu geringer (bei Depression) oder zu hoher (bei der Manie) Pegel an den Botenstoffen Noradrenalin oder Serotonin sein. Außerdem kann eine hormonelle Kortisol-Störung vorliegen. [25]

Lerntheoretisch und kognitiv wird häufig das **kognitive Depressionsmodell** nach Aaron T. Beck zitiert. Seine Theorie besagt, dass Depressionen durch verzerrte depressionstypische Kognitionen ausgelöst werden. Das entstandene System besteht aus Denkfehlern, bei denen die Umwelt und mögliches zukünftiges Geschehen im Mittelpunkt stehen. Dabei werden zum Beispiel Geschehnisse unangebracht negativ verallgemeinert, positive Aspekte ausgeblendet (selektive Verallgemeinerung) oder negativ Erlebtes dem eigenen Verhalten zugeschrieben (Selbsattribution). Dadurch entsteht eine verzerrte Selbstwahrnehmung, Umwelterfahrungen werden negativ interpretiert. Der Betroffene erlebt Enttäuschungen und empfindet Ablehnung. Es folgt, dass Wahrnehmung und Erfahrungen als Bestätigung für die depressive Grundhaltung angesehen werden, was wiederum den Teufelskreis schließt.

Die Psychologen Martin E. P. Seligman und Seven F. Maier wiederum prägten das Modell der **gelernten Hilflosigkeit.** Diese Hilflosigkeit entsteht, wenn Betroffene negative Erfahrungen machen, die sie – und auch andere (internale Attributation) – nicht beeinflussen können. Wenn sich dann diese Erfahrungen durch bestimmte Erlebnisse immer wieder wiederholen, fühlt sich der Betroffene, als habe er diese selbst verschuldet. Er empfindet sich als Versager, was zu einer Verminderung seines Selbstwertgefühls führen kann. Das wiederum lässt ihn resignieren und schließlich in eine Depression fallen.

25 Achtung! Bei den Störungen dieses Kapitels liegt keine organische Ursache vor.

11.2 Manische Episode (ICD-10: F30)

Bei der Manie erleben Betroffene eine (unbegründete) intensive gehobene Stimmungslage. Meist sind sie äußerst aktiv. Ihr Denken ist sprunghaft und unstet.

Manische Episoden zeichnen sich somit durch folgende Symptome aus:

Leitsymptome:

- Euphorische Stimmungslage, die auch schnell in Reizbarkeit und Aggression umschwenken kann
- Antriebssteigerung
- Beschleunigter Gedankengang bis hin zur Ideenflucht

Weitere Symptome:

- Kein Krankheitsgefühl vorhanden, geringe Kritikfähigkeit, vermindertes Fremdwertgefühl
- Selbstüberschätzung, Größenwahn und Größenideen
- Logorrhö (gesteigerter Rededrang)
- Starke Ablenkbarkeit und Anregbarkeit
- Starke Vitalgefühle, Reduzierung des Schlafbedürfnisses (meist ohne Leidensdruck), Steigerung der Libido

Man unterscheidet manische Episoden in ihrer Dauer und Stärke der Symptome sowie inwieweit Betroffene sozial beeinträchtigt sind:

- Die **Hypomanie** (F30.0) ist eine nur leicht ausgeprägte Manie, allerdings anhaltend und doch auffallend. Die Stimmung ist **zumindest einige Tage** im Stück gehoben, Antrieb und Aktivität sind gesteigert, der Betroffene fühlt sich wohl und leistungsfähig. Gleichzeitig neigt er jedoch zu Reizbarkeit und flegelhaftem Verhalten. Geselligkeit und Libido sind gesteigert – bis hin zu übermäßiger Vertraulichkeit. Häufig ist das Schlafbedürfnis vermindert, Konzentration und Aufmerksamkeit sind gestört. Die Fähigkeit, sich zu entspannen und zu erholen geht verloren. Der Betroffene neigt zu mutigen Unternehmungen und zu übertriebenen Geldausgaben, allerdings ist die sonstige Lebensführung kaum beeinträchtigt. Ein Wahn ist nicht vorhanden.
- Bei der **Manie ohne psychotische Symptome** (F30.1) ist die Stimmung unangebracht gehoben und pendelt zwischen sorgenfreier Heiterkeit und unkontrollierbarer Erregung. Der Antrieb ist erhöht, der Betroffene zeichnet sich hauptsächlich durch einen ausgeprägten Rededrang, Größenideen, vermindertem Schlafbedürfnis und ausgeprägtem Optimismus aus. Sie dauert **mindestens eine Woche** und ist so schwer, dass durch sie die soziale und berufliche Funktionsfähigkeit fast vollständig unterbrochen ist.
- Bei der **Manie mit psychotischen Symptomen** (F30.2) münden Selbstüberschätzung und Größenideen in einen Wahn – häufig einen Verfolgungswahn oder Größenwahn. Der Rededrang kann so stark sein, dass der

Betroffene nicht mehr verstanden wird. Hohe Aktivität und Erregung können zu Gewalttätigkeiten führen. Betroffene sind häufig verwahrlost und vernachlässigen die Nahrungsaufnahme. Abgegrenzt werden muss diese Form der Manie von der Schizophrenie.

Die Manie kann durch die entstehende Aggressivität eine starke Eigen- und Fremdgefährdung und somit eine mögliche Einweisung gegen den eigenen Willen nach sich ziehen, vor allem das meist keine Krankheitseinsicht besteht.

Gleichzeitig besteht die Gefahr, dass Betroffene sich in finanziellen Bankrott oder ins gesellschaftliche Abseits bringen.

Die Suizidrate liegt bei manisch Erkrankten bei bis zu 10 %. Dieses Risiko entwickelt sich in gelegentlichen kurzen depressiven Episoden von wenigen Minuten bis Stunden.

11.3 Depressive Episode (ICD-10: F32)

Depressionen sind eine der häufigsten Formen psychischer Erkrankungen und zeichnen sich durch unterschiedlichste psychische und vegetativer Symptome aus, die zur Diagnose zu einem Großteil **mindestens zwei Wochen** bestehen müssen.

Solche sind:

Leitsymptome:

- Depressive, gedrückte Verstimmung mit ausgeprägter Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung, Angst
- Verlust von jeglicher Freude, Interesselosigkeit (Anhedonie, bzw. Gefühl der Gefühllosigkeit)
- Verminderter Antrieb, hohe Ermüdbarkeit

Weitere für die Diagnostik dienende Symptome:

- Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, die bis zur Denkhemmung gehen können (häufig Gedankenkreisen, Grübelneigung)
- Selbstzweifel, verringertes Selbstwertgefühl, fehlendes Selbstvertrauen
- Schuldgefühle, Empfindung der Wertlosigkeit
- Fehlende oder negative Zukunftsperspektiven
- Suizidgedanken und -handlungen, Selbstverletzungen
- Schlafstörungen
- Appetitlosigkeit

Typisch sind außerdem verfrühtes morgendliches Erwachen mit einem Morgentief, Störungen der Libido, Missempfindungen des Körpers (zum Beispiel Druckgefühl in der Brust oder im Magen), depressive Wahnideen (mit den Themen Schuld, Versündigung, Verarmung, Kleinheit/Nichtigkeit oder auch hypochondrischer Wahn), sehr selten Wahrnehmungsstörungen in Form von akustischen Halluzinationen (vorwurfsvolle Stimmen).

Man unterscheidet bei der Einteilung drei verschiedene Stärken der Episoden – leicht (F32.0), mittelgradig (F32.1), schwer (F32.2).

- Bei der **leichten depressiven Episode** (F32.0) sollten mindestens zwei Wochen mindestens zwei der drei Leitsymptome bestehen – und zwei der sieben weiteren Symptome. Der Betroffene leidet und hat Schwierigkeiten im Berufsleben und bei sozialen Aktivitäten, kann diese aber noch fortsetzen.
- Bei der mittelgradigen **depressiven Episode** (F32.1) sollten mindestens zwei Wochen mindestens zwei der drei Leitsymptome bestehen – und mindestens drei (besser vier) der sieben weiteren Symptome. Der

Betroffene leidet und hat große Schwierigkeiten im Berufsleben sowie bei sozialen Aktivitäten und kann diese nur mit größten Problemen fortsetzen.

- Bei der **schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome** (F32.2) sollten für die Diagnose mindestens zwei Wochen alle drei Leitsymptome bestehen – und mindestens vier der sieben weiteren Symptome. Der Betroffene leidet und hat kaum mehr die Möglichkeit, seinen beruflichen, häuslichen und sozialen Pflichten nachzukommen. Er empfindest tiefste Verzweiflung und, sollte nicht Hemmung das führende Symptom sein, eine starke Agiertheit. Er besitzt kein Selbstwertgefühl mehr, fühlt sich nutzlos und schuldig.
  Achtung! Das Suizidrisiko ist hier sehr groß. Sprechen Sie bei Verdacht den Betroffenen auf jeden Fall direkt an und leiten Sie ggf. notwendige Maßnahmen ein (siehe auch: Kapitel 5.2 – Suizidalität).
- Bei der **schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen** (F32.3) kommen zur schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome wie Wahnideen (Versündigung, Verarmung, Schuld, schlechte Vorahnungen), Halluzinationen (zum Beispiel anklagende Stimmen oder Geruchshalluzinationen von Fäulnis) oder auch ein depressiver Stupor (in Folge einer schweren psychomotorischen Hemmung) hinzu.

Unterformen sind:

- Die **atypische Depression(F32.8 (sonstige depressive Episoden))**, bei der der Betroffene auf positive Ereignisse noch reagieren kann. Ansonsten müssen mindesten zwei der Kriterien Hypersomnie, übermäßige Nahrungsaufnahme (besonders Kohlenhydrate), Schweregefühl in den Extremitäten („bleiern“), Empfindlichkeit gegenüber Kritik zutreffen. An dieser meist chronifizierenden Form erkranken hauptsächlich jüngere Frauen.
- Bei der **gehemmten Depression (F32.8 (sonstige depressive Episoden))** steht eine Antriebshemmung im Vordergrund – im Hintergrund finden sich häufig innere Unruhe und ängstliche Getriebenheit. Umgekehrt spricht man von einer **ängstlich-agierten Depression**.
- Bei der **larvierten Depression (F32.8 (sonstige depressive Episoden))** verdecken vegetative Symptome (zum Beispiel Herzsymptome, der „Kloß im Hals“ (Globus hystericus), auditive und visuelle Störungen, „Bauchschmerzen“, Sexualstörungen, Atemstörungen, Rückenschmerzen, Schlafstörungen) die depressive Verstimmung, bzw. die Antriebs- und Denkhemmung. Patienten machen hier häufig einen Arztmarathon durch, da die vermeintlich körperliche Ursache für vegetative Symptome nicht gefunden wird.
- Die **Spätdepressionen (F32.8 (sonstige depressive Episoden))** sind Episoden mit einem Erstauftreten nach dem 45. Lebensjahr. Ab dem 65. Lebensjahr spricht man von einer **Altersdepression**, die häufig die Gefahr in sich birgt, als Demenz fehlinterpretiert zu werden.
- Die **saisonale Depression (38.11)**, die meist im Spätherbst und Winter auftritt (Diagnostisch: Auftreten mindestens zwei Jahre) mit übermäßiger Kohlenhydrateaufnahme, Gewichtszunahme und Hypersomnie. Hier kommt zumeist die Lichttherapie zum Einsatz.

- **Rezidivierende kurze depressive Störungen (F38.10)** sind Verstimmungsphasen, die intensiv und klinisch relevant sind. Sie treten einmal im Monat auf und dauern zwischen zwei Tagen und maximal zwei Wochen. Ansonsten zeigen sie alle Symptome einer depressiven Episode. Hier ist die Suizidgefahr sehr groß.

11.4 Bipolare affektive Störung (ICD-10: F31)

Bei dieser Störung **wechseln** sich **depressive** (zur Diagnose: **mindestens seit zwei Wochen**) **und manische** (zur Diagnose: **mindestens seit einer Woche**) **Phasen** ab. Sie beginnen abrupt. Die manischen Phasen halten zwischen zwei Wochen und fünf Monaten an (durchschnittlich vier Monate), die depressiven Phasen durchschnittlich sechs Monate. Die Störung ist meist gravierender als seine unipolaren Geschwister – die Episoden sind häufiger und stärker. Zwischen den Phasen selbst geht die Stimmungslage wieder auf ein „Normalmaß".

Normalerweise sind Männer und Frauen gleichermaßen betroffen, allein bei schweren Fällen mit einem sogenannten „rapid cycling" (F31.81), sind Betroffene zu fast 90 % Frauen. Dieses Phänomen, bei dem mindestens vier affektive Episoden innerhalb eines Jahres auftreten, findet man bei bis zu 15 % der Betroffenen mit einer bipolaren affektiven Störung.

Gemäß ICD-10 teilt man ein:

- F31.0 – bipolare affektive Störung, gegenwärtig hypomanische Episode
- F31.1 – bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode ohne psychotische Symptome
- F31.2 – bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode mit psychotischen Symptomen
- F31.3 – bipolare affektive Störung, gegenwärtig leichte oder mittelgradige Episode
- F31.4 – bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
- F31.5 – bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen
- F31.6 – bipolare affektive Störung, gegenwärtig gemischte Episode, bei der eine Mischung oder ein schneller Wechsel von depressiven, hypomanischen und manischen Symptomen auftritt. So kann neben einer überhöhten Aktivität und einem Rededrang gleichzeitig eine depressive Stimmungslage bestehen. Diagnostiziert wird sie, wenn diese Stimmungslagen seit mindestens zwei Wochen im Vordergrund stehen.
- F31.7 – bipolare affektive Störung, gegenwärtig remittiert, bei der der Betroffene seit einige Monaten nicht unter der bipolaren affektiven Störung leidet, er aber eine Rezidivprophylaxe erhält.
- F31.8 – sonstige bipolare affektive Störung, kommen zum Beispiel in Betracht, wenn im Verlauf manische Episoden fehlen (nur depressive oder hypomanische bestehen). Hierunter fällt auch das oben erwähnte „**rapid cycling**".

Die bipolare affektive Störung ist zum einen besonders schwierig, da der Krankheitsbeginn häufig im frühen Erwachsenenalter liegt, einer Phase der Selbstentdeckung, und sie zum anderen zu einem Teufelskreis führen kann. Das heißt, in manischen Phasen ist der Betroffene übereuphorisch, überschätzt sich und stößt dadurch oft auf Ablehnung – was wiederum negative Denkmuster aktiviert. Das wiederum kann zu feindseligem Verhalten führen und auch negativ auf depressive Phasen wirken. Da zudem hier oft zwischen den Phasen Stimmungsschwankungen bestehen, werden soziale Kontakte und das berufliche Leben immer schwieriger.

11.5 Rezidivierende depressive Störungen (ICD-10: F33)

„Rezidivierend“ bedeutet, dass die zuvor beschriebenen Phasen einer depressiven Störung (leicht, mittelgradig, schwer) nach einer überstanden Erkrankungs- und folgender Ruhephase ohne zwischenzeitliche manische Phasen[26] wieder zurückkehren. Auslösende Faktoren für ein solches Rezidiv sind meist belastende Lebensereignisse.

Meist dauern solche Episoden von drei bis zu zwölf Monaten – durchschnittlich sechs Monate. Zwischen einzelnen Phasen findet im allgemeine eine komplette Symptomfreiheit statt, nur gelegentlich kommt es zu anhaltenden Depressionen – meist bei älteren Betroffenen.

Ansonsten werden sie wie depressive Episoden (F32) diagnostiziert.

Eingeteilt wird in:

- F33.0 – rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode
- F33.1 – rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode
- F33.2 – rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome
- F33.3 – rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen
- F33.4 – rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (momentan keine Symptome)

26 Eine Hypomanie – vermutlich als direkte Folge einer Therapie – kann jedoch vorkommen.

11.6 Anhaltende affektive Störungen (ICD-10: F34)

Bei anhaltenden affektiven Störungen sind die einzelnen Episoden im Allgemeinen schwach ausgeprägt und ziehen sich, oftmals nicht als Krankheit an sich empfunden, durch das gesamte Erwachsenenleben der Betroffenen. Nichtsdestotrotz kann das Leiden groß sein kann.

- Eine **Zyklothymia (ICD-10: F34.0)** steht für eine leichte bipolare Störung, die mindestens zwei Jahre anhält, wobei die Stimmung fast andauernd instabil ist, unabhängig von Lebensereignissen, und sich durch eine Vielzahl an Episoden auszeichnet. Die Lebenszeitprävelenz liegt dabei bei bis zu einem Prozent. Meist wird sie jedoch wegen ihrer schwachen Ausprägung nicht erkannt und führt bei Betroffenen zu keinem – aus ihrer Sicht – behandlungsbedürftigen Krankheitsempfinden.

- Eine **Dysthymia (ICD-10: F34.1)** ist eine chronische – mindestens seit zwei Jahren bestehende – depressive Störung leichterer Art. Ca. sechs bis zehn Prozent der Menschen haben das Risiko, an dieser Störung im Laufe ihres Lebens zu erkranken. Je früher der Krankheitsbeginn, um so größer die Gefahr der Chronifizierung. Betroffene mit Dysthymia fühlen sich immer wieder monatelang depressiv und müde, klagen und grübeln, können aber ihr alltägliches Leben weiterhin gut bewältigen.

10.7 Mögliche Therapieformen

Für affektive Störungen gibt es je nach Form und Patienten nicht DIE alleinige Therapieform. Die Therapie muss immer individuell an den Patienten und seine Erkrankung angepasst werden.

Problematisch ist, dass viele affektive Erkrankungen nicht direkt als solche erkannt werden. Optimal diagnostiziert werden tatsächlich nur 15 %. Dies ist kritisch, da die Behandlungsmöglichkeiten nur umso effizienter sind, je früher man die Erkrankung erkennt und entsprechend eingreifen kann.

Zur Diagnose dienen dabei eine Vielzahl an Tests, bzw. Interviewleitfäden, auf deren Basis ein gründliches Diagnosegespräch aufgebaut werden kann.

Ist die Diagnose gestellt, beginnt man zunächst mit einer Akutbehandlung, wechselt nach dem Abklingen der Symptome zur Erhaltungstherapie und beginnt schließlich die Rezidivprophylaxe

- Die **Akuttherapie** besteht meist aus einer Psychopharmakatherapie und Psychotherapie, bei Depressionen ergänzt häufig durch Lichttherapie und Schlafentzugstherapie. In schweren Fällen (auch mit wahnhaften Elementen) kann eine Elektrokonvulsionstherapie zum Einsatz kommen. Nützlich sind auch Arbeits- und Beschäftigungstherapien.
  Wichtig ist hier eine genaue Aufklärung des Patienten inklusive einer gemeinsamen Entscheidungsfindung. Dazu gehört auch die genaue Erläuterung der Risiken und Nebenwirkungen – und der verzögerten Wirkung von etwaigen Psychopharmaka.
  Ggf. ist eine stationäre Aufnahme von Nöten, wenn Suizidalität und psychotische Symptomatiken bestehen. Gelegentlich kann auch eine freiwillige stationäre Aufnahme ratsam sein, wenn der Betroffene so einmal aus seinem möglicherweise schwierigen Umfeld „herausgezogen“ und in einen geschützten Rahmen hineingebracht werden kann.
  Auch eine ambulante Therapie kann in schwächeren Fällen möglich sein.
- Eine **Erhaltungstherapie** wird meist noch sechs bis zwölf Monate nach der Akuttherapie weitergeführt und soll zu einer Stabilisierung führen sowie vor Rückfällen schützen.
  (Achtung! Nach dieser Phase dürfen Psychopharmaka niemals abrupt, sondern immer nur schleichend abgesetzt werden.)
- Sind bei einer unipolaren Depression innerhalb eines Zeitraums von fünf Jahren Rezidive aufgetreten oder bei einer bipolaren Störung innerhalb von vier Jahren zwei Phasen, so setzt eine **Rezidivprophylaxe** mit Antidepressiva und/oder Lithium, bzw. bei bipolaren Störungen auch Carbamazepin, Lamotrigin oder Valpoinsäure, ein.

Auch eine kognitive oder interpersonelle Psychotherapie kann von Nutzen sein. Von der Dauer her geht man zumeist von ca. zwei Jahren aus – bei Patienten mit schweren rezidivierenden Depressionen von einer lebenslangen Rezidivprophylaxe.

10.8.1 Therapiemethoden bei depressiven Episoden

Bei depressiven Episoden kommen, je nach Bedarf, unterschiedliche Therapiemöglichkeiten zum Einsatz.

Psychopharmakatherapie

Psychopharmaka können alleine und in Kombination mit einer Psychotherapie bei allen Formen der Depression eingesetzt werden.

In der Akuttherapie von schweren und psychotischen depressiven Episoden sind sie Pflicht. Hier werden hauptsächlich trizyklische Antidepressiva, bzw. neuere wie Mirtazapin oder Venlafaxin eingesetzt.

Aber auch in der Erhaltungsphase und Prophylaxe können Antidepressiva nützlich sein. Hier werden Sie meist noch sechs bis zwölf Monate nach der Akuttherapie in ihrer ursprünglichen Dosis verabreicht.

Sie wirken stimmungsaufhellend und – je nach Ausrichtung – antriebssteigernd oder auch psychomotorisch beruhigend.[27] Sollten zudem psychotische Symptome auftreten, ist eine zusätzliche Gabe eines Neuroleptikums anzuraten.

60 bis 70 % der Patienten sprechen übrigens positiv auf Antidepressiva an.

Tatsächlich müssen Gabe, Dosierung und Wirkstoff individuell abgeschätzt werden. Die Entscheidung zur Gabe eines Psychopharmakas hängt von vielen Faktoren ab, wie dem bisherigen Ansprechen, Nebenwirkungen, Typ der depressiven Episode, Alter, Suizidrisiko, Kosten etc.

Beachtet werden muss, dass ein Antidepressivum frühestens acht bis vierzehn Tage nach Einsetzen wirkt und niemals abrupt, sondern nur ausschleichend, abgesetzt werden darf.

---

27 Siehe hierzu auch das Kapitel 6.5.2 Antidepressiva

Psychotherapie

Eine Psychotherapie kann hervorragend bei leichten und mittelschweren Depressionen eingesetzt werden. Meist geschieht dies mit der kognitiven Psychotherapie, der Verhaltenstherapie, aber auch der interpersonellen Psychotherapie nach Harry Stack Sullivan. Diese können sowohl in der Akut- als auch in der Erhaltungsphase hilfreich sein.

Ziele sind zum Beispiel Psychoedukation, Aufklärung über und Verstehen der Erkrankung, Bearbeitung negativer Denkschemata, Entwicklung neuer Kognitionen und Verhaltensmuster, Motivation, Aufbau von sozialer Kompetenz, Erlernen von Selbstkontrollverfahren und Strategien beim Erkennen einer Rezidivgefahr.

Günstig kann auch die Einbindung der Angehörigen sein.

Zu beachten ist, dass eine Wirkung meist erst nach zwölf bis zwanzig Wochen eintritt.

Schlafentzugstherapie

Die Schlafentzugstherapie ist vor allem bei Betroffenen hilfreich, die unter starken Tagesschwankungen und einem Morgentief leiden.[28]

Lichttherapie

Die Lichttherapie findet vor allem bei saisonalen Depressionen Anwendung.

Elektrokonvulsionstherapie (EKT)

Die Elektrokonvulsionstherapie ist häufig die letzte Hoffnung für therapieresistente Patienten oder jenen mit wahnhaften Formen. Mittlerweile hat sie nichts mehr mit den „Elektroschocks“ der Vergangenheit gemeinsam.[29] Die Wirkungsweise ist mit 50 bis 75 % bei Betroffenen, die bisher auf Psychopharmaka nicht angesprochen haben sehr gut.

---

28 Siehe hierzu auch das Kapitel 6.5.2 Schlafentzugsbehandlung

29 Siehe hierzu auch das Kapitel 6.5.4 Elektrokrampftherapie

Entspannungsverfahren

Ergänzend und unterstützend bei leichten depressiven Störungen haben sich zudem Entspannungsverfahren wie PMR – Progressive Muskelrelaxation und autogenes Training bewährt.

10.8.2 Therapiemethoden bei manischen Episoden

Ähnlich wie bei einer depressiven Episode kommen bei manischen Patienten je nach Bedarf unterschiedliche Therapiemöglichkeiten zum Einsatz.

Problem hier: Der Betroffene ist meist nicht krankheitseinsichtig. So ist man häufig gezwungen, stationär – auch gegen den Willen des Betroffenen – zu behandeln. Dafür spricht auch, dass hier eine Abschirmung gegen Außenreize stattfinden muss.

Psychopharmakatherapie

Bei einer manischen Episode nutzt man in der Akutphase einzeln oder in Kombination Antipsychotika zur Linderung psychotischer Syndrome, Benzodiazepine zur Sedierung und Schlafförderung und Stimmungsstabilisierung wie Lithium, Valproinsäure, Carbamazepin oder Lamotrigin. Letztere können auch über die Akuttherapie hinaus weiter zur Erhaltung und Rezidivprophylaxe verwandt werden.

Psychotherapie

Eine Psychotherapie anzusetzen ist oftmals schwierig, da, wie gesagt, ja die Krankheitseinsicht fehlt. Ist jedoch die Akutphase vorbei, lohnt sich ggf. eine Psychotherapie.

Ähnlich wie bei einer depressiven Episode können neben der Psychopharmakatherapie eine kognitive Psychotherapie oder eine Verhaltenstherapie eingesetzt werden.

Hier sind die Ziele die Psychoedukation, das Erkennen von Früh-Symptomen und das Entwickeln von Strategien, einem Rezidiv gegenzusteuern.

Auch hier kann die Einbindung der Angehörigen günstig sein.

10.8.3 Therapiemethoden bei bipolaren Episoden

Bei therapeutischen Behandlung von bipolaren Episoden – egal ob manischer oder depressiver Art – kann man nicht 1:1 von den Therapieformen von unipolaren Erkrankungen ausgehen. Denn hier besteht immer die Gefahr eines „Switch“ auf die gegenteilige Symptomatik. Das gilt besonders für die Gabe von trizyklischen Antidepressiva bei einer depressiven Episode, die leicht zu einer manischen Phase führen können.

Pschopharmakatherapie

Meist werden bei einer **depressiven Episode** selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI) oder Bupropin in Kombination mit einem Stimmungsstabilisierer verabreicht, hier besonders Lamotrigin. Als günstig hat sich auch das Antipsychotikum Quetiapin erwiesen.

Bei einer **manischen Episode** nutzt man in der Akutphase einzeln oder in Kombination Antipsychotika zur Linderung psychotischer Syndrome, Benzodiazepine zur Sedierung und Schlafförderung und Stimmungsstabilisierung wie Lithium, Valproinsäure, Carbamazepin oder Lamotrigin.

Psychotherapie

Ähnlich wie bei den anderen affektiven Störungen können neben der Psychopharmakatherapie eine kognitiven Psychotherapie oder eine Verhaltenstherapie eingesetzt werden.

Auch hier sind die Ziele die Psychoedukation, das Erkennen von Früh-Symptomen und das Entwickeln von Strategien, einem Rezidiv gegenzusteuern.

Kapitel 12:

Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (ICD-10: F4)

12.1 Einführung

Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen äußern sich in unterschiedlichsten Formen. Eingeteilt werden sie in:

- Phobische Störung (F40)
- Sonstige Angststörungen (F41)
- Zwangsstörung (F42)
- Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)
- Dissoziative Störungen (F44)
- Somatoforme Störungen (F45)
- Sonstige neurotische Störungen
- Mögliche Therapieformen

Es könnte verwirren, dass so viele unterschiedliche Störungen in einem Kapitel zusammengefasst werden. Tatsächlich hat dies seine Wurzeln im historischen Neurosenkonzepts[30] und der Vermutung, dass die Ursachen dieser Störungsgruppen in Problematiken in der Kindheit zu finden sind.

Betrachtet man sich die **neurotischen Störungen** – zu denen die Phobien, andere Angsterkrankungen, dissoziative Störungen und Zwangsstörungen zählen – so zeichnen sich diese dadurch aus, dass psychische und körperliche Symptome vorliegen, **organische Ursachen oder andersartige psychische Erkrankungen jedoch ausgeschlossen** werden können. Die Realitätswahrnehmung der Betroffenen ist zum größten Teil vorhanden, die Störung selbst wird dabei als krankhaft empfunden.

Anders bei den **somatoformen Störungen**, bei denen die Betroffenen überzeugt sind, dass ihre Symptome organisch begründet sind.

Anpassungsstörungen, Belastungsstörungen oder auch die PTBS – Posttraumatische Belastungsstörung findet man als Folge von schwerwiegenden Lebensereignissen oder Traumata.

30 Das Neurosenkonzept fußt auf der klassischen Psychoanalyse nach Freud und besagt, dass die Symptome einer Neurose Ausdruck eines Konflikts aus der Kindheit sind.

12.2 Phobische Störungen (ICD-10: F40)

Normalerweise nützt uns Angst, da sie uns vor Gefahr warnt und entsprechende Maßnahmen ergreifen lässt. Dabei laufen vielfältige Mechanismen auf emotionaler – aber vor allem auch auf kognitiver, vegetativer und motorischer Ebene ab. Zentrale Steuerung ist dabei der Sympathikus als Teil des vegetativen Nervensystems. Es werden Stresshormone ausgeschüttet, unser Herzschlag erhöht sich, Schweiß bricht aus, die Atmung wird schneller und flacher. Unsere Aufmerksamkeit ist ganz auf die kritische Situation gerichtet.

Die phobische Störung bewirkt nun, dass all' diese Reaktionen auftreten – ohne dass jedoch eine tatsächliche Gefahr besteht.

Dabei ist sie absolut zielgerichtet und bezieht sich auf bestimmte Objekte und Situationen, die in Folge voller Angst ertragen oder gemieden werden. Zwar weiß der Betroffene im Allgemeinen rational, dass diese Angst unbegründet ist, aber wird vollkommen von ihr überwältigt. Sie kann von ihrer Ausprägung her von einem leichten Unbehagen bis hin zu einer schweren Panikreaktion gehen. Schon die Erwartung einer bestimmten Situation kann zu einer Angstreaktion führen.

Betroffen sind übrigens häufiger Frauen denn Männer.

Die bekanntesten Phobien sind:

- **Agoraphobie** (F40.0) – Angst vor großen Plätzen oder Menschenansammlungen, Reisen mit großer Entfernung, Reisen alleine. (Zur Diagnose müssen mindestens zwei Punkte zutreffen.). Bedrohlich empfundene Situationen werden gemieden, meist wird im Verlauf nicht mehr das Haus verlassen. Hier unterscheidet man die Formen „ohne Angabe einer Panikstörung“ (F40.00) und „mit Panikstörung“ (F41.01)
- **Soziale Phobien** (F40.1), die meist schon in der Jugend beginnen, beziehen sich hauptsächlich auf das Empfinden von Furcht vor prüfender Betrachtung sowie negativer Bewertung durch das menschliche Umfeld oder der Angst, sich zu blamieren. In solchen Situationen treten Symptome wie Zittern, Erröten oder Erbrechen auf. Diese Situationen werden, wann immer möglich, vermieden.
  Diese Phobie ist mit 13 % in der Bevölkerung weit verbreitet.
- **Spezifische Phobien** (F40.2) richten sich immer auf spezielle Objekte und Situationen, die, wann immer möglich, vermieden werden. Sie sind meist in der Kindheit oder im jungen Erwachsenenalter entstanden und können über Jahrzehnte sehr hartnäckig bestehen bleiben. Einige der bekanntesten spezifischen Phobien sind:
  - Klaustrophobie – Angst vor engen und/oder verschlossenen Räumen
  - Akarophobie – Angst vor Insektenstichen, bzw. Infektionen
  - Arachnophobie – Angst vor Spinnen

- Haematophobie – Angst vor Blut
- Aktrophobie – Höhenangst

Achtung! Die Herzphobie (F45.2) wird den somatoformen Störungen zugeordnet.

12.3 Sonstige Angststörungen (ICD-10: F41)

Im Gegensatz zu den phobischen Störungen sind die sonstigen Angststörungen nicht zielgerichtet auf ein Objekt oder eine Situation, sondern sie treten völlig ohne einen sachlichen Stimulus auf. (Auch wenn parallel zusätzlich phobische Störungen auftreten können.)

Die Angst kann sich dabei durch ein „Angstgefühl" ausdrücken, aber auch durch die bekannten vegetativen und kognitiven Symptome.

Dabei unterteilen sie sich in die generalisierte Angststörung und in die Panikstörung.

12.3.1 Panikstörung (ICD-10: F41.0)

Hier tritt die Angst immer wieder in Form einer plötzlichen Attacke auf. Diese Panikattacken sind weder durch ein bestimmtes Objekt noch durch eine bestimmte Situation ausgelöst und treten völlig unerwartet auf. Das Angstgefühl selbst ist dabei außerordentlich intensiv und überwältigend.

Symptome sind zum Beispiel Herzrasen, Zittern, Schweißausbrüche, ein Gefühl der Schwäche, Schwindel, Atemnot und „ein Kloß im Hals" (Globusgefühl), bis hin zum Hyperventilieren und dem Empfinden, im nächsten Moment katastrophale Konsequenzen für den Körper zu erleben (sterben, ersticken, einen Herzanfall erleiden, ohnmächtig werden, ausflippen, toben). Die Umgebung erscheint häufig unwirklich.

Meist erreichen die Attacken nach zehn Minuten ihren Höhepunkt und dauern um die 30 Minuten, können aber auch bis zu zwei Stunden andauern.

In Folge entsteht bei den Betroffenen die dauerhafte Sorge (Erwartungsangst), jederzeit wieder eine solche Attacke zu erleiden, was zu einem schwerwiegenden Vermeidungsverhalten mit sozialem Rückzug und tiefster Verzweiflung, bzw. einer fatalen Abwärtsspirale von Wahrnehmung körperlicher Empfindungen, Bewertungen dieser als gefährlich, Angst auf emotionaler Ebene, physiologischen Stressreaktionen und schließlich wieder körperlichen Empfindungen führen kann.

12.3.2 Generalisierte Angststörung (ICD-10: F41.1)

Bei der generalisierten Angststörung, an der etwa 5 % der Deutschen in ihrem Leben erkranken, hält das Gefühl der Ängstlichkeit seit mindestens **einem halben Jahr** dauerhaft an, ohne dass sie sich auf bestimmte Objekte oder Situationen bezieht – sprich, sie ist „frei flottierend“. Meist beginnt diese Erkrankung in der Jugend oder im frühen Erwachsenenalter, gelegentlich erst bei Personen um die 40.

Es herrschen eine dauerhafte motorische Spannung und eine vegetative Übererregbarkeit mit zum Beispiel ständiger Nervosität und Muskelanspannung, der Betroffene zittert, er schwitzt, hat Schwindelgefühle, das Herz klopft, er hat „Magenschmerzen“ oder einen „Kloß im Hals“ (Globusgefühl).

Ständig bedrängen ihn Vorahnungen und verschiedenste Sorgen. Betroffene grübeln, befürchten, machen sich Sorgen. Mal können diese Empfindungen stärker oder schwächer sein, oft chronifizieren sie aber auch.

Diagnostisch ist die generalisierte Angststörung schwer zu packen, da ihre Symptome auch bei Depressionen, Sucherkrankungen, Zwangsstörungen etc. auftreten können. Im Grunde kann sie nur diagnostiziert werden, wenn andere Krankheitsbilder ausgeschlossen sind.

12.3.3 Angst und depressive Störung (leicht oder mittelgradig) gemischt (ICD-10: F41.2)

Wenn beide Störungsformen gleichermaßen einen Platz einnehmen (aber nur dann), kann diese Diagnose gestellt werden. Gleichzeitig müssen – zumindest vorübergehend – vegetative Symptome, wie Herzklopfen, Tremor, Magenbeschwerden etc. aufgetreten.

12.3.4 Andere gemischte Angststörungen (ICD-10: F41.3)

Diese Diagnose kann gestellt werden, wenn die Kriterien der generalisierten Angststörung zutreffen und andere deutliche Merkmale von Störungen aus den Kapiteln F40 bis F48 auftreten, aber diese nicht vollkommen erfüllen. Meist handelt es sich um Merkmale der Zwangsstörung (F42), der Somatisierungsstörungen (F45.0 und F45.2), der hypochondrischen Störung (F45.2) oder der dissoziativen Störung (F44). Im Zusammenhang mit Lebensveränderungen oder Lebensereignissen verwendet man eine Kombination mit den Anpassungsstörungen (F43.2).

12.4 Zwangsstörungen (ICD-10: F42)

Zwangsstörungen drücken sich durch sich immer wieder aufdrängende Handlungen (kontrollieren, waschen, zählen etc.) und Gedanken aus. Ein normaler Alltag ist so im Allgemeinen nicht mehr zu bewältigen, soziale Kontakte brechen ab, die eigene Leistungsfähigkeit ist beeinträchtigt. Der Betroffene ist fast nonstop stereotyp mit Themen wie dem Streben nach Symmetrie, Gesundheit, Sauberkeit, manchmal auch Sexualität oder Aggressivität beschäftigt. Diese Gedanken und Handlungen werden, obwohl aus dem eigenen Inneren kommend, als unangenehm, belastend und quälend empfunden, der Betroffene versucht – ohne Erfolg – Widerstand zu leisten[31], er empfindet sich als krank, führt aber seine Rituale weiter fort.

Obwohl zum Beispiel Zwangshandlungen als sinnlos und nicht förderlich angesehen werden, besteht doch die Befürchtung, dass etwas „ganz Furchtbares“ geschieht, wenn sie nicht durchgeführt werden. Wird versucht, die Handlungen zu unterdrücken, entstehen Angst, Unruhe und Anspannung.

Für die Diagnose müssen die Symptome der Zwangsgedanken oder -handlungen seit **mindestens zwei Wochen** bestehen.

Meist leiden an Zwangsstörungen Erkrankte zugleich an depressiven Störungen, umgekehrt können auch an deiner depressiven Störung Erkrankte Zwangsstörungen entwickeln.

Bei dieser Erkrankung sind Männer und Frauen gleichermaßen betroffen. Meist beginnt die Störung bereits in der Kindheit (Wobei leichtes „magisches Denken“ noch keinen Krankheitswert hat.) oder auch im frühen Erwachsenenalter. Die Wahrscheinlichkeit, während seines Lebens an einer Zwangsstörung zu erkranken liegt bei ca. 2,5 %.

Zu den **Ursachen** einer Zwangsstörung existieren unterschiedliche Theorien. Vermutlich sind diese multifaktoriell, bestehend aus

- einer Vulnerabilität durch eine biologische, bzw. genetische Prä-Dispositionen (zum Beispiel eine Dysfunktion in den Basalganglien, dem limbischen System und dem präfrontalen Kortex), bzw. intrapsychologische Faktoren (Perfektionismus) und entwicklungsgeschichtliche Aspekte (rigide Erziehung),
- Stress und
- aufrechterhaltende Faktoren (wie Vermeidungsverhalten, sekundärem Krankheitsgewinn, Eigendynamik).

---

31 Bitte beachten Sie dazu auch die Unterscheidung zur anankastischen Persönlichkeitsstörung, bei der der Betroffene seine Störung als rational und richtig – ohne jegliches Leiden – ansieht.

Zwangsstörungen bedürfen einer Therapie, da sie unbehandelt im Allgemeinen chronisch werden. Psychotherapeutisch erlebt man eine Besserung bei ca. 60 bis 80 % der Betroffenen, psychopharmakatherapeutisch bei ca. 20 bis 40 %, wobei bei letzteren die Gefahr eines Rückfalls nach dem Absetzen sehr groß ist.

12.4.1 Zwangsgedanken oder Grübelzwang (ICD-10: F42.0)

Zwangsgedanken können sich durch immer wiederkehrende Ideen, Zwangsimpulse oder bildhafte Vorstellungen ausdrücken, die für den Betroffenen außerordentlich quälend sind. Ein Beispiel ist der Impuls einer Mutter, ihr Kind, dass sie liebt, zu töten. Häufig haben diese Gedanken auch blasphemische oder obszöne Inhalte oder es handelt sich um die Angst, an einer schwerwiegenden Krankheit zu leiden. Betroffene empfinden dies als äußerst quälend und beängstigend, häufig auch moralisch verwerflich. Es gelingt aber, trotz des verzweifelten Versuchs, nicht, diese Gedanken beiseite zu schieben. Meist entwickeln sich hieraus Rituale, die die Gedanken stoppen sollen.

Äußerst störend und einschränkend kann auch der Zwang zum Grübeln sein, verbunden mit der Unfähigkeit, wichtige Entscheidungen zu treffen.

12.4.2 Zwangshandlungen (Zwangsrituale) (ICD-10: F42.1)

Zwangshandlungen drücken sich zum Beispiel durch ritualisiertes Waschen, Kontrollieren, Wiederholen, Ordnen oder Berühren aus. Zum Beispiel muss das Schloss in der Haustür beim Verlassen der Wohnung dreimal zu- und aufgeschlossen werden. Der Betroffene fürchtet, dass wenn diese Rituale nicht durchgeführt werden, eine drohende Gefahr wahr werde. Diese soll durch die zwanghaften Handlungen – die manchmal stundenlang dauern – abgewendet werden. Das soziale Umfeld wird meist in die Handlungen mit einbezogen, was auf Dauer zu sozialer Isolation führen kann.

12.4.3 Zwangsgedanken und -handlungen gemischt (ICD-10: F42.2)

Diese Form der Erkrankung kommt am häufigsten vor. Hier vermischen sich Gedanken und Handlungen zu gleichen Teilen und bedingen einander.

12.5 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (ICD-10: F43)

Je nachdem können sich belastende Lebenssituationen je nach Vulnerabilität, Belastungsgrenze und Persönlichkeitsstruktur unterschiedlich auf Menschen auswirken. Sie können als lebensbedrohlich und lebenszerstörend oder auch im Nachhinein stärkend erlebt werden.

In diesem Kapitel behandeln wir Störungen, die infolge von einschneidenden Lebensereignissen und traumatischen Erlebnissen entstehen und ausreichend sind, um auf emotionaler, kognitiver und somatischer Ebene entsprechende Symptome auszulösen. Bewältigungsmechanismen werden dabei verhindert und die soziale Leistungsfähigkeit gestört.

Hierbei unterscheiden wir:

- **Trauma** – ein Ereignis, das katastrophal oder zumindest äußerst belastend erlebt wurde. Es hat zumeist lebensbedrohliche und/oder äußerst schmerzhafte Charakteristika (zum Beispiel Vergewaltigung, Folter, Naturkatastrophen oder auch das Beobachten eines gewaltsamen Sterbens).
- **Kritisches Lebensereignis** – ein Geschehen, das den Lebensentwurf eines Menschen bedroht oder einschneidende Veränderungen bringt (zum Beispiel Trennung, Tod eines wichtigen Menschen, Verlust des Arbeitsplatzes).
- **Biografische Übergänge** – über einen längeren Zeitraum vorhersehbare Ereignisse, die deutliche Veränderungen im Leben bringen (zum Beispiel Heirat, Verlassen des Elternhauses oder eine völlig neue Arbeitsstelle).

Allen Ereignissen gleich ist, dass äußere Faktoren wichtige Veränderungen im Leben der Betroffenen bringen. Das kann akut geschehen oder über einen längeren Zeitraum hinweg.

12.5.1 Akute Belastungsreaktion (ICD-10: F43.0)

Eine akute Belastungsreaktion definiert sich über eine Symptomatik, die **wenige Minuten bis zu einer Stunde nach einem äußerst belastenden Ereignis** auftreten. Meist klingt sie auch wieder relativ schnell innerhalb 48 Stunden wieder ab.

Sie äußert sich durch Symptome wie

- „Betäubung“ mit innerer Leere
- Depression, Ärger, Angst, Verzweiflung

- Antriebsminderung mit Rückzug oder motorische Unruhe mit Fluchttendenzen
- überhöhtem Herzschlag, Schwitzen
- ggf. Suizidgedanken/-handlungen
- möglicherweise Amnesie in Bezug auf das belastende Ereignis.

Wichtig: Zur Diagnose darf es die besagten Symptome im Vorfeld nicht gegeben haben, sondern sie dürfen erst im zeitlichen Zusammenhang mit dem belastenden Ereignis aufgetreten sein.

Therapeutisch muss hier im Allgemeinen nicht spezifisch, allein kriseninterventorisch, gearbeitet werden. Es reicht häufig aus, beruhigend auf den Betroffenen einzuwirken, ihn ggf. vom Ort des Geschehens zu entfernen. Besteht eine Fremd- oder Eigengefährdung, kann eine stationäre Krisenintervention notwendig sein. Ansonsten hilft es „da zu sein", emotionale Entlastung zu bieten und Bewältigungsstrategien zu entwickeln. Ggf. kann eine kognitive Psychotherapie, eine Gesprächspsychotherapie oder eine psychodynamische Kurzzeittherapie helfen.

12.5.2 Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2)

Die Anpassungsstörung folgt **im Laufe eines Monats** nach einer einschneidenden als subjektiv ausweglos empfundenen Lebensveränderung, die akut aufgetreten ist oder sich über einen längeren Zeitraum erstreckt hat (Trennung, Tod, verändertes kulturelles Lebensumfeld, schwere körperliche Erkrankung, Arbeitsplatz- und Schulprobleme). Außerdem besteht eine starke emotionale Beeinträchtigung. Der Leidensdruck ist enorm, sodass der Alltag teilweise nur äußerst schwer bewältigt werden kann. Die Anpassungsstörung dauert **bis zu sechs Monaten** an und kann in eine depressive Episode übergehen.

Symptome können sein

- depressive Stimmung
- Besorgnis, Angst
- Gefühl der Überforderung, des Nicht-Zurechtkommens
- Hilflosigkeit, Gefühl der Ausweglosigkeit
- Reizbarkeit/Aggressivität
- Anspannung
- Störungen des Sozialverhaltens
- überhöhter Herzschlag
- Zittern
- Schlafstörungen
- muskuläre Anspannung

- Bei Kindern: Einnässen, Daumenlutschen, Babysprache
- Suizidgedanken/-impule/-handlungen

Dabei unterteilt sich die Anpassungsstörung in

- F43.20 – kurze depressive Reaktion (nicht länger als einen Monat)
- F43.21 – längere depressive Reaktion (nicht länger als zwei Monate)
- F43.22 – Angst und depressive Reaktion gemischt (jedoch nicht stärker ausgeprägt als F41.2 oder F41.3)
- F43.23 – Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung von anderen Gefühlen (affektive Symptome. Hierzu gehören auch Einnässen, Daumenlutschen, Babysprache bei Kindern.)
- F43.24 – Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung des Sozialverhaltens
- F43.25 – Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten
- F43.28 – Anpassungsstörung mit sonstigen näher bezeichneten Symptomen
- F43.29 – nicht näher bezeichnete Anpassungsstörung

12.5.3 Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) (ICD-10: F43.1)

Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) kann nach einer äußerst schweren – individuell erlebten – traumatisierenden Belastung, Verletzung, Katastrophe oder Bedrohung, wie Folter, Krieg oder Vergewaltigung auftreten – dies allerdings verzögert **aber innerhalb eines halben Jahres** nach dem Geschehen. So leiden zum Beispiel bis zu 80 % der Opfer von Vergewaltigen unter PTBS, ca. 35 % der Soldaten nach Kriegseinsätzen, nach Naturkatastrophen allerdings nur ca. 5 % der Betroffenen.

Symptome sind:

- „Flashbacks“ - Nachhallerinnerungen, bei denen das jeweilige Trauma erneut „erlebt“ wird. Sensorische Eindrücke oder Körpersensationen können neu durchlebt werden.
- Nächtliche Albträume – Aufwachen unter panischer Angst.
- Bestimmte Situationen, Bilder oder Worte werden vermieden, die an das Geschehen erinnern könnten.
- Gefühl der Gefühllosigkeit, des emotionalen Abgestumpft-Seins
- Gefühl des „nicht mehr-dazu-Gehörens“
- sozialer Rückzug – Entfremdung und Isolation von wichtigen Bezugspersonen.
- aggressives Verhalten
- Unfähigkeit, bestimmte Situationen aushalten zu können (Arbeitsplatz, Familie)
- deprimierter Blick in die Zukunft
- Schuldgefühle, Selbstvorwürfe, Grübeln, „Überlebensschuld“

- vegetative Übererregtheit (Herzklopfen, Zittern, Schweißausbrüche)
- Konzentrationsschwierigkeiten
- Gefühl, ständig „auf der Hut“ sein zu müssen
- Schlafstörungen
- Schreckhaftigkeit
- Achtung! Es besteht ein hohes Suizid-Risiko!

Das Posttraumatische Belastungssyndrom ist äußerst quälend und schränkt das gesamte Leben ein. Oft stoßen die Betroffenen zusätzlich auf Unverständnis in ihrer Umgebung. Häufig entwickeln sich depressive Syndrome oder Abhängigkeiten von Alkohol oder Benzodiazepin-Präparaten, die die Anspannung reduzieren sollen.

Neben der kognitiv-behavioralen Psychotherapie, psychodynamischen Verfahren und Pharmakatherapie hat sich hier übrigens die EMDR-Therapie (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) sehr gut bewährt. Hier erinnert sich der Patient an die Geschehnisse und die verbundenen Emotionen und Kognitionen des Traumas, während er seine Augen auf den Finger des Therapeuten fixiert. Letztere bewegt diesen schnell und regelmäßig während der Erzählung hin und her. Tatsächlich lassen mit der Zeit die schmerzhaften Empfindungen nach. In Folge wird eine positivere Kognition in die erzählte Szene eingebracht.

12.6 Dissoziative Störungen (ICD-10: F44)

Dissoziative Störungen zeichnen sich durch einen kompletten oder auch teilweisen Verlust der sogenannten integrierten Funktion des Bewusstseins oder des Gedächtnisses aus – von Identität, Erinnerung oder auch der Bewegungskontrolle. Alle – oder Teile – dieser Inhalte sind abgespalten und können nicht mehr in das eigene Erfahren und Erleben eingebunden werden. Meist geschieht dies ganz plötzlich als Abwehrmechanismus nach einem einschneidenden traumatisierenden Erlebnis, im Zusammenhang mit unerträglichen unlösbaren Konflikten oder im Rahmen von gestörten Beziehungen.

Als Ursache müssen für die Diagnostik andere neurologische, organische oder auch psychiatrische Erkrankungen ausgeschlossen werden, die ähnliche Symptome aufweisen, wie zum Beispiel Suchterkrankungen, Schizophrenien, eine Angststörung, affektive Störungen, PTBS, eine akute Belastungsreaktion oder auch eine Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Die Symptome können vielfältig sein. Sie gehen über Lähmungen und Krampfanfälle über Amnesien bis hin zu Trancezuständen. Neben der Tatsache, dass diese Symptome teilweise ein außerordentliches Leidenspotenzial in sich tragen, ergeben sich hieraus auf Dauer ausgeprägte psychosoziale Konsequenzen im Privat- und Berufsleben. Trotzdem leugnen die Betroffenen heftig ihre tatsächlichen Probleme, schieben sie eher auf die Symptome. Häufig ergeben sich zusätzlich aggressive Impulse und Suizidalität.

Die dissoziativen Störungen sind in einigen Subtypen im klinischen Zusammenhang recht häufig, kommen aber in der Allgemeinbevölkerung seltener vor (Lebenszeitprävelenz ca. 0,5 bis 4,6 %) und betreffen meist Patienten (häufiger Frauen) vor dem 35. Lebensjahr. Dabei kommt es – es sein denn, sie dauern länger als zwei Jahre – nach einigen Wochen oder auch Monaten zu einer Spontanremission. Historisch lief dieses Phänomen lange Zeit noch unter dem Hysterie-Begriff.

Therapeutisch sind diese Phänomene schwer zu packen. Psychopharmaka können ggf. punktuell eingesetzt werden (bei Angst und Schlafstörungen), haben ansonsten jedoch kaum Wirkung. Psychotherapeutisch können die Betroffenen schwer angesprochen werden. Meist kann man jedoch zumindest auf Ursachensuche gehen, das Krankheitskonzept erfasst und psychoedukativ tätig werden. Gelegentlich kann kognitiv-verhaltensherapeutisch oder psychodynamisch gearbeitet werden. Gut sprechen Betroffene auch auf gruppentherapeutische Konzepte an.

12.6.1 Dissoziative Amnesie (ICD-10: F44.0)

Bei der dissoziativen Amnesie handelt es sich um einen Gedächtnisverlust bezüglich vergangener Ereignisse rund um ein erlebtes traumatisches Geschehen. Länge und Vollständigkeit können dabei variieren, gehen aber weit über eine übliche Vergesslichkeit hinaus. Häufig sind die Betroffenen ratlos, gequält, suchen Aufmerksamkeit. Gelegentlich wandern sie ziellos ein/zwei Tage umher. Es kann aber auch sein, dass sie die Situation ruhig annehmen. Meist trifft dieses Phänomen junge Erwachsene.

12.6.2 Dissoziative Fugue (ICD-10: F44.1)

Bei der dissoziativen Fuge verlässt der Betroffene plötzlich, aber absolut zielgerichtet und organisiert sein übliches Umfeld. Ziel ist häufig ein Ort, mit dem er eine emotionale Bindung hat. Die folgende Abwesenheit kann dabei einige Tage oder länger dauern. Sämtliche Beziehungen werden abgebrochen, es wird gelegentlich sogar eine neue Identität angenommen. Obwohl ein amnestischer Zustand besteht, bei dem keinerlei Erinnerung an die Vergangenheit vorhanden ist, kann der Betroffenen problemlos alle notwendigen Handlungen durchführen, ist für seine Umgebung vollkommen unauffällig.

12.6.3 Dissoziativer Stupor (ICD-10: F44.2)

Bei dieser Form der dissoziative Störung besteht eine Einschränkung der normalen Reaktion auf äußere Reize. Es herrschen Teilnahmslosigkeit und fehlende Ansprechbarkeit vor. Der Betroffene scheint ganz nach innen gerichtet zu sein. Den dissoziativen Stupor findet man häufig im Zusammenhang mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung oder auch einer Persönlichkeitsstörung des Borderline-Typs.

12.5.4 Trance- und Besessenheitszustände (ICD-10: F44.3)

Bei Trance- und Besessenheitszuständen verliert der Betroffene für eine gewisse Zeit seine Identität, die Wahrnehmung der Umgebung ist meist eingeschränkt. Sprache, Mimik und Gestik sind reduziert und monoton, einzelne Ausdruckformen werden immer wieder wiederholt. (Ausgeschlossen aus dieser Diagnose sind übrigens freiwillig herbeigeführte Trancezustände wie in religiösen Ritualen.)

12.5.5 Dissoziative Bewegungsstörungen (ICD-10: F44.4)

Dissoziative **Bewegungsstörungen** zeigen sich durch Lähmungserscheinungen oder Schwäche in einzelnen Körperpartien. Dabei kann die Koordination gestört sein (Ataxie), der Betroffene kann unfähig sein zu stehen (Astasie) oder ohne Hilfe zu gehen (Abasie). Gelegentlich kommt es auch zu ausgeprägtem Schütteln von Körperteilen oder Stimmverlust, bzw. Sprechstörungen. Häufig werden diese Symptome andersartigen (nicht zutreffenden) Krankheitsbildern zugeordnet, von denen der Betroffene gehört hat oder die er aus seinem Umfeld kennt. Häufig ändern sich die Symptome je nach anwesenden Personen, was zusätzlich für ein Suchen nach Aufmerksamkeit spricht.

12.5.6 Dissoziative Krampfanfälle (ICD-10: F44.5)

Bei dissoziativen Krampfanfällen kommt es, wie bei einem epileptischen Anfall, zu plötzlichen, unerwarteten, heftigen krampfartigen Bewegungen. Der Betroffene bleibt jedoch bei Bewusstsein und erleidet keinen Zungenbiss oder Urininkontinenz, wie es für den epileptischen Anfall vorkommt. Üblich sind auch sogenannte Synkopen (Ohnmachtsanfälle).

12.5.7 Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörung (ICD-10: F44.6)

Dieser Subtyp zeichnet sich zum einen durch Gefühllosigkeit oder Empfindungsstörungen in Hautarealen bestimmter Körperteile oder auch des gesamten Körpers aus. Beschrieben werden sie häufig als „handschuh-“ oder „strumpfartig“.

Zum anderen beschreiben Betroffene ihre Sinneswahrnehmung (Sehen, Hören oder Riechen) als eingeschränkt oder völlig fehlend (zum Beispiel Taubheit, Blindheit, Tunnelsehen, Verlust des Geruchs).

12.5.8 Gemischte dissoziative Störungen (ICD-10: F44.7)

Von gemischten dissoziativen Störungen spricht man, wenn sensorische und motorische Phänomene zur gleichen Zeit auftreten.

12.5.9 sonstige dissoziative Störungen (ICD-10: F44.8) (Ganser-Syndrom, multiple Persönlichkeit)

12.5.9.1 Multiple Persönlichkeit

Die Wissenschaft streitet noch darüber, ob es soetwas wie eine „multiple Persönlichkeitsstörung" tatsächlich existiert, sprich, ob sich eine Person in mehrere Persönlichkeiten aufspalten kann, deren Verhalten und Historie schlüssig und voneinander abgetrennt sind. Niemals treten diese Persönlichkeiten gemeinsam auf, sondern nur separiert, keine Persönlichkeit hat Einfluss auf die andere. Wechseln sich die Persönlichkeiten ab, so kann das recht schnell geschehen. Ursächlich sollen schwerste Traumata in der Kindheit sein.

12.5.9.2 Ganser-Syndrom

Das Ganser-Syndrom wird als „Vorbeiantworten" beschrieben. Es erscheint systematisch, demonstrativ und provokativ. So werden, obwohl eine Frage anscheinend verstanden wurde, zum Beispiel einfache Rechenaufgaben falsch beantwortet, eindeutige Farben fehlerhaft benannt. Betroffen sind meist Männer im jüngeren bis mittleren Alter in Belastungssituationen.

12.7 Somatoforme Störungen (ICD-10: F45)

Charakteristisch für somatoforme Störungen sind das wiederholte bzw. dauerhafte Auftreten körperlicher Beschwerden, der jedoch keinerlei physische Ursachen haben. Die Betroffenen beharren, auch nach umfangreichen Untersuchungen, auf ihrem Gefühl, körperlich erkrankt zu sein und fordern zumeist weitere medizinische Untersuchungen. Die Gedanken kreisen meist nur noch um die vermeintliche Erkrankung, soziale Kontakte werden zunehmend beeinträchtigt. Die Möglichkeit einer psychischen Ursache schieben sie weit von sich.

Sie Symptome wechseln dabei in ihre Lokalisation und Intensität. Am häufigsten werden Schmerzproblematiken beschrieben.

Somatoforme Störungen sind mit einer Lebenszeitprävelenz von bis zu. 13 % recht häufig und können in jedem Alter auftreten, wobei Frauen häufiger betroffen sind als Männer. Ihren Krankheitswert erhalten die Symptome, sobald sie ein Ausmaß mit schweren psychosozialen Folgen annehmen. Häufig besteht eine Komorbidität mit depressiven Störungen, aber auch Persönlichkeitsstörungen, Angststörungen oder Substanzmissbrauch.

Die **Ursachen** sind häufig unbekannt. Meist tritt diese Störung in Folge einer vorübergehenden körperlichen Erkrankung und auch von kritischen Lebensereignissen oder Konfliktsituation auf. Zudem geht man von einer erhöhten Vulnerabilität bei einigen Menschen aus. In Folge spielen vor allem aufrechterhaltende Bedingungen eine Rolle.

Durch die ständige Beschäftigung mit der Erkrankung ist der Betroffene ausschließlich mit diesem Thema, und keinen anderen unangenehmen Themen, beschäftigt, es wird sich um ihn gekümmert und er wird von Verpflichtungen entlastet. (Achtung! Dies geschieht nicht bewusst. Es handelt sich nicht um eine Simulation (Z76.5). Nehmen Sie bitte die Beschwerden Ihres Patienten ernst und konfrontieren sie ihn nicht zu schnell mit dem psychologischen Störungsmodell!)

Von der **Prognose** her ist diese Störung umso **günstiger** umso mehr der folgenden Punkte zutreffen:

- Der sekundäre Krankheitsgewinn ist gering.
- Die Symptomatik hängt eng mit den auslösenden Faktoren (Ängsten, belastenden Lebensereignissen) zusammen.
- Der Betroffene sieht ein, dass seine Symptome keine körperliche Ursache haben.
- Es bestehen keine komorbiden psychischen Erkrankungen.

Man unterscheidet folgende Subtypen:

- Somatisierungsstörung (F45.0)
- Undifferenzierte Somatisierungsstörung (F45.1)
- Hypochondrische Störung (F45.2)
- Somatoforme autonome Funktionsstörung (F45.3)
- Somatoforme Schmerzstörung (F45.4)

12.7.1 Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0)

Bei dieser Störung bestehen **seit mindestens zwei Jahren** verschiedene Körpersymptome, für die sich trotz intensiver Diagnostik bei wechselnden Ärzten keine körperliche Ursache findet. Trotzdem beschäftigt sich der Betroffene nur noch mit seinen körperlichen Beschwerden, sodass es zu schweren sozialen Beeinträchtigungen kommen kann.

Dabei treten mindestens sechs Symptome aus mindestens zwei der im Folgenden beschriebenen Gruppen auf:

- **Kardiovaskulär:** Brustschmerzen, Atemlosigkeit (ohne Anstrengung)
- **Gastrointestinal**: Übelkeit, Bauchschmerzen, Gefühl von Blähungen, Erbrechen, häufiger Durchfall, extrem belegte Zunge oder schlechter Geschmack im Mund
- **Haut und Schmerzen**: Farbveränderungen oder Fleckigkeit der Haut, Schmerzen in Gliedern, Gelenken oder Extremitäten, Taubheit oder Kribbelgefühle
- **Urogenital:** Häufiges oder gehemmtes Urinieren, quälende Gefühle im Genitalbereich, verstärkter oder ungewöhnlicher vaginaler Ausfluss

12.7.2 Undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.1)

Kann das Vollbild der Somatisierungsstörung, weil sie noch nicht zwei Jahre besteht oder die Symptomatik nicht allzu ausgeprägt ist, nicht diagnostiziert werden, bestehen aber umfangreiche körperliche Beschwerden, für die es keine somatische Ursache gibt, so spricht man von einer undifferenzierten Somatisierungsstörung.

12.7.3 Hypochondrische Störung (ICD-10: F45.2)

Bei der hypochondrischen Störung ist der Betroffene **seit über einem halben Jahr** der Überzeugung, an einer schweren körperlichen Krankheit, wie zum Beispiel AIDS oder Krebs, erkrankt zu sein, auch wenn zahlreiche umfangreiche Untersuchungen das nicht bestätigen können. Zunächst ist der Betroffene erleichtert, schnell zweifelt er diese Ergebnisse jedoch wieder an und er lässt sich erneut untersuchen. Dabei kennt er sich selbst mit den befürchteten Krankheiten und den dazugehörigen körperlichen Beschwerden hervorragend aus, ist ausgesprochen medizinisch informiert.

Eine Variante ist die **Dysmorphophobie**, bei dem ein vermeintlicher "Schönheitsfehler" besteht (krumme Nase, dicker Bauch), der im Zentrum seiner ungeteilten Aufmerksamkeit steht, obwohl er von der Umgebung nicht als Schönheitsfehler eingestuft wird. Trotzdem fühlt sich der Betroffene missgebildet und entstellt.

12.7.4 Somatoforme autonome Funktionsstörung (ICD-10: F45.3)

Bei dieser Störung werden vielfältige hartnäckige und störende Symptome verspürt, die auf eine vegetative Erregung hindeuten, zum Beispiel Herzrasen, erhöhter Harndrang, Magenbeschwerden, Mundtrockenheit, Hitzewallungen etc. Diese werden konsequent einer körperlichen Erkrankung zugeordnet, auch wenn diese von Ärzten nicht bestätigt werden.

Typisch sind auch die Beschreibungen von fließenden Schmerzen, Schwere, Brennen, Enge, Aufblähung, Auseinanderziehen.

Betroffene Systeme sind:

- **Kardiovaskulär** (zum Beispiel „Herzneurose“, Da-Casta-Syndrom)
- **Oberer Gastrointestinaltrakt** (zum Beispiel Luftschlucken, „Magenneurose“)
- **Unterer Gastrointestinaltrakt** (Durchfall, Flatulenz)
- **Respiratorisch (Hyperventilation)**
- **Urogenital** (zum Beispiel gesteigerter oder gehemmter Harndrang)

12.7.5 Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4)

Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung kann diagnostiziert werden, wenn seit **über sechs Monaten** an einem Großteil der Tage ein belastender und anhaltender schwerer Schmerz besteht, der nicht durch physische Faktoren ausreichend erklärt werden kann. Dabei liegt schließlich der gedankliche Hauptfokus des Betroffenen auf diesem Schmerz, den sie gleichzeitig nutzen, um Betreuung, Aufmerksamkeit und Zuwendung zu erhalten. Tatsächlich besteht diagnostisch ein Zusammenhang mit emotionalen und psychosozialen Konflikten.

12.8 Sonstige neurotische Störungen (ICD-10: F48)

Wir unterteilen in diesem Kapitel die Neurasthenie und das Depersonalisations- und Derealisationssyndrom

12.8.1 Neurasthenie (ICD-10: F48.0)

Die Neurasthenie teilt sich in unterschiedliche Hauptcharakteristika. Bei dem einen klagen Betroffene über eine starke Müdigkeit nach geistiger Anstrengung, bei dem anderen leiden sie unter einer körperlichen Erschöpfung nach selbst geringer körperlicher Anstrengung. Zusätzlich treten körperliche Symptome wie Schlafstörungen, Kopf- und Muskelschmerzen und Reizbarkeit auf.

So kennt man:

- Das **Chronic Fatigue Syndrom**, bei dem seit mindesten sechs Monaten zu den oben beschriebenen körperlichen Symptomen eine dauerhafte Müdigkeit inklusive einer leichten Ermüdbarkeit besteht. Der Beginn kann dabei genau beschrieben werden.
- Die **Multiple Chemical Sensitivity**, bei der sich die Symptome auf körperliche Störungen fokussieren. Es treten Nahrungsmittelunverträglichkeiten auf, neurologische Beschwerden, aber auch eine übermäßige Geruchsempfindlichkeit. Die Betroffenen vermuten selbst zumeist die Ursache in Umweltfaktoren (zum Beispiel Elektrosmog oder Umweltgifte).
- Beim **Fibromylgie-Syndrom** klagen Betroffene über Schmerzen, die zunächst lokal zu spüren sind, sich aber im Verlauf ausbreiten. Meist handelt es sich um Schmerzen in den Sehnenansätzen und Muskel, aber auch an 18 sogenannten „Tender Points“ (den Hauptschmerzpunkten unseres Körpers). Der Beginn der Erkrankung liegt meist zwischen dem 30. und 60. Lebensjahr. Betroffen sind zumeist Frauen.

Die Ursachen für diese Erkrankungsformen sind noch nicht geklärt. Vermutet werden belastende Lebensereignisse, Konflikte, körperliche Erkrankungen und/oder eine entsprechende Persönlichkeitsstruktur.

12.8.2 Depersonalisations- und Derealisationssyndrom (ICD-10: F48.1)

Bei diesen Syndromen erscheint den Betroffenen die eigene Person oder auch die Umgebung fremd, entfernt, verändert, künstlich. Zum Beispiel empfinden sie alles um sich herum als farblos oder als seien sie unter einer Glasglocke. Es kann sein, dass sie ihren Körper als anormal, losgelöst empfinden oder dass ihnen ihr Denken und Empfinden fremd erscheint – so wie man es manchmal bei starker Müdigkeit, beim Einschlafen oder Aufwachen kennt.

Meist tritt dieses Syndrom im Zusammenhang mit anderen psychischen Erkrankungen wie depressiven Episoden, Schizophrenie oder Panikstörungen auf. Es besteht übrigens eine Krankheitseinsicht, das Bewusstsein ist klar.

12.8.3 sonstige neurotische Störungen (ICD-10: F48.8)

In diesem Bereich finden sich Phänomene mit einer Mischung von Störungen von Verhalten, Emotionen und Überzeugungen. Dieses Empfinden ist in verschiedenen Kulturen übrigens sehr unterschiedlich. Man kennt zum Beispiel das Dhat-Syndrom (die Sorge eines Mannes, dass ihn der Samenerguss schwächt) oder Koro (die Angst, dass sich der Penis in den Unterleib zurückzieht und dies zum Tode führt).

12.9 Mögliche Therapieformen[32]

Therapeutisch muss man bei diesen Störungsformen äußerst individuell arbeiten. Als günstig erweist sich jedoch häufig eine Kombination von psychotherapeutischen und psychopharmakatherapeutischen Verfahren. Hier einmal eine Auswahl.

12.9.1 Expositionsverfahren/Reizkonfrontation

Diese Methoden werden mit kognitiven Techniken und Entspannungsmethoden verbunden und haben gerade bei Agoraphobie eine hervorragende Erfolgsrate von 60 bis 70 %. Dabei sollen schädliche Verhaltensweisen durch erfolgreiche Strategien der Angstbewältigung ersetzt werden. Die Konfrontation mit der angstauslösenden Situation oder auch der Situation findet dabei in sensu (in der Vorstellung) oder auch in vivo (in der Realität) statt. Wichtig sind eine gute, vertrauensvolle Beziehung zum Therapeuten, eine hervorragende Aufklärung inklusive Psychoedukation und eine genaue Diagnostik unter Berücksichtigung von aufrechterhaltenden Bedingungen.

Anzuwenden bei:

- Phobien
- Zwangsstörungen
- Posttraumatische Belastungssstörung

12.9.2 Kognitive Verfahren

Bei dieser Therapieform arbeiten Therapeut und Patient gemeinsam am Durchbrechen der aufgebauten Negativspiralen oder spezifischem Verhalten. Bewertungen werden abgelegt, bzw. ersetzt, Befürchtungen abgebaut, über die Erkrankung aufgeklärt (Psychoedukation), die Selbstbeobachtung und Problemlösungen (Coping) trainiert.

Anzuwenden bei:

- Phobien
- Panikstörung
- Generalisierter Angststörung
- Zwangsstörungen
- Akute Belastungsstörung
- Anpassungsstörung

---

32 Siehe hierzu jeweils auch das Kapitel 6: Therapeutische Maßnahmen

- Posttraumatisches Belastungssyndrom
- Dissoziative Störungen
- Somatoforme Störung

12.9.3 Psychodynamische Therapieformen

Hier sollen im biografischen Gesamtzusammenhang defizitäre Ich-Funktionen gestärkt und nachgereift, das Selbstbewusstsein aufgebaut und die Angsttoleranz verbessert werden.

Anzuwenden bei:

- Generalisierter Angststörung
- Zwangsstörung
- Akute Belastungssituation
- Anpassungsstörung
- Posttraumatische Belastungsstörung – ggf. zusätzlich: EMDR (siehe hierzu auch das Kapitel 12.5.2)
- Dissoziative Störungen
- Somatoforme Störung

12.9.4 Krisenintervention

Bei der Krisenintervention unterstützt man in einem Ausnahmezustand des Betroffenen, gibt Halt, entwickelt mit ihm zusammen Erklärungen (Psychoedukation) und Bewältigungsstrategien. Sie soll emotionale Entlastung geben, ermutigen und Hoffnung geben. Dies kann sowohl ambulant als auch stationär geschehen, teilweise in akuten Situationen auch durch Notfallseelsorger oder auch die Telefonseelsorge.

Anzuwenden bei:

- Akute Belastungsreaktion
- Anpassungsstörung
- Posttraumatischer Belastungsstörung mit akuter Stressreaktion

12.9.5 Psychopharmakatherapie

In Ergänzung zu den psychotherapeutischen Maßnahmen, kann zusätzlich auch der Einsatz von Psychopharmaka anzuraten sein.

Störung	**mögliche Medikamentation**
soziale und spezifische Phobien	trizyklische Antidepressiva
	Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer
	MAO-Hemmer
Agoraphobie	SSRIs
	Clomiprazim.
Panikstörungen	SSRIs
	Clomiprazim
	akut: Benzodiazepine
generalisierte Angststörung	SSRIs
	Clomiprazim
	akut: Benzodiazepine
isolierte soziale Phobien	Betablocker
Zwangsstörungen	SSRIs
	Trizyklische Antidepressiva
	SNRIs
	Atypische Neuroleptika (bei überwertigen Ideen)
Akute Belastungsstörung	Benzodiazepine
Anpassungsstörungen	Trizyklische Antidepressiva
	Pflanzliche Präparate (Baldrian-/Johanniskrautpräparate)
	ältere Betroffene: sedierende Neuroleptika
	akut: Benzodiazepine
Posttraumatische Belastungsssstörung	SSRIs
	SNRIs
	Trizyklische Antidepressiva
	MAO-Hemmer (Tranylcypromin)
	Betablocker
Dissoziative Störungen	trizylische Antidepressiva (bei Schlafstörungen und Angst)
	Opiatantagonisten (bei einer Dissoziativen Symptomatik bei einer Persönlichkeitsstörung vom Typ Borderline)

Somatoforme Störung	Opipramol (bei Somatisierungsstörungen und der somatoformen autonomen Störung)
	Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (bei der hypochondrischen und körperdysmorphen Störung)
	Trizyklische Antidepressiva (bei der somatoformen Schmerzstörung)
	Gabapentin (bei der somatoformen Schmerzstörung)

12.9.6 Angehörigenarbeit

Nützlich kann auch in vielen Fällen eine Angehörigenarbeit sein, dies vor allem in psychoedukativer Richtung. Eine Aufklärung über eine Erkrankung eines einem nahestehenden Menschen und Hinweis über den richtigen Umgang mit der Erkrankung kann vieles von der Belastung des sozialen Umfeldes nehmen.

Kapitel 13:

Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen oder Faktoren (ICD-10: F5)

13.1 Ess-Störungen (ICD-10: F50)

Nahrungsaufnahme ist für uns überlebenswichtig. Schön, wenn man das Essen, dass man zu sich nimmt, ohne Reue genießen kann. Das ist bei vielen Menschen jedoch nicht so. In unserer westlichen Welt gibt es Nahrungsmittel im Überfluss – und immer mehr Probleme mit der Nahrungsaufnahme und deren Folgen. Denn Nahrung bedeutet nicht nur deren Aufnahme, Nahrungsaufnahme und das durch seine Aufnahme verursachte Gewicht wird auch mit Gesundheit, Kultur, gesellschaftlichen Werten und Normen sowie Idealbildern verbunden. Gleichzeitig weckt sie uralte Triebe und Bedürfnisse. Essen kann Befriedigung sein – aber auch Last. Schönheitsideale können uns den Appetit verderben – oder ankurbeln. Was früher ein Idealbild war – und in anderen Kulturen noch ist – nämlich die übergewichtige Frau, ist heute verpönt. Und doch werden wir in den westlichen Ländern immer dicker. Fakten, die bei vielen Menschen zu starker Konfusion – und bei einigen zu schwerwiegenden psychischen Störungen führen.

Normal-, Unter- oder Übergewichtigkeit berechnet man momentan über dem BMI. Er berechnet sich wie folgt:

$$\text{BMI}\left(\text{kg}/\text{m}^2\right) = \frac{\text{Körpergewicht}\left(\text{kg}\right)}{\left(\text{Körpergröße}\left(\text{m}\right)\right)^2}$$

Der errechnete Wert entspricht dann folgender Einteilung:

BMI	Klassifikation
< 14	Hochgradiges Untergewichtigkeit
14 – 16	Mittelgradiges Untergewichtigkeit
16 – 18	Leichtgradiges Untergewichtigkeit
18 – 26	Normalgewichtig
26 – 30	Übergewichtig
30 – 40	Adipositas
> 40	Extreme Adipositas

Neben der Adipositas werden wir in der Folge auch einmal die Ess-Störungen Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und die Binge Eating Disorder betrachten. Sie alle sind von hoher sozialmedizinischer Relevanz, da sie mit starken Komplikationen und oft chronischem Verlauf verbunden sind.

Der Begriff Ess-Störungen bedeutet, dass es sich um nicht-organisch oder durch andere psychische Erkrankungen ausgelöste Krankheitsbilder handelt, bei denen sich die Gedankenwelt um die Angst, dick zu werden oder zu sein dreht, das Essverhalten abnorme Formen annimmt, sowie Störungen der Körperwahrnehmung und sowie weitere Folgen auf das psychische Empfinden zentrale Themen sind. Daher überschneiden sich die Krankheitsbilder auch öfter einmal oder aus der einen Störung entwickelt sich eine andere (zum Beispiel kann bei einer bulimisch Erkrankten auch

Adipositas vorliegen oder es entwickelt sich aus einer Adipositas eine Bulimie. (Letzteres ist tatsächlich bei ca. 20 % der Erkrankungen der Fall.)).

13.1.1 Anorexie (ICD-10: Anorexia nervosa (ICD-10: F50.0/F50.1))

„Ich bin immer noch viel zu dick!“ Das ist der Gedanke der Betroffene treibt, die an Magersucht – der Anorexia nervosa – erkrankt sind. Die Erkrankung drückt sich durch einen bewusst herbeigeführten hohen Gewichtsverlust aus. Die Betroffenen sind auffallen dünn (bei Erwachsenen ein BMI 17,5 und darunter, mindestens 15 % unter dem entsprechenden Normalgewicht) – und empfinden sich trotzdem, wenn auch objektiv untergewichtig, als immer noch zu dick. Der Körper wird als Feind angesehen, alle Bedürfnisse werden verdrängt. Es werden Kontrolle und Unabhängigkeit angestrebt. Die Betroffenen glauben, dass alle ihre Probleme gelöst seien, wenn sie nur dünn wären.

Schwierig für die Umwelt ist vor allem, dass die eingeleiteten Maßnahmen zur Gewichtsreduktion und auch die körperlichen Probleme durch den Mangelzustand durch die Betroffenen verleugnet werden.

Die Gewichtsreduktion geschieht über das **Weglassen** von (vermeintlich) fettmachenden **Speisen** und/oder durch über **extreme sportliche Aktivitäten**. Die Nahrungsaufnahme wird **ritualisiert**, zum Beispiel werden Bissen mit einer bestimmten Anzahl gekaut, gelegentlich wird auf Babynahrung zurückgegriffen. Manche Magersüchtige stellen das Essen ein, manche sogar das Trinken. Gelegentlich nehmen Betroffene noch zusätzlich **Abführmittel, Appetitzügler oder entwässernde Medikamente**. Sie setzen sich der Kälte aus oder arbeiten im Stehen, um zusätzlich Kalorien zu verbrennen. Gelegentlich kommt es auch hier vor, dass ein Erbrechen künstlich eingeleitet wird, vor allem da bei einigen Betroffenen doch zwischenzeitlich „Fressattacken“ auftreten, zum Beispiel wenn der Hunger unerträglich wird oder die Eltern zum Essen zwingen (bei ca. 60 %). Permanent werden die Körperumfänge **gemessen**, wird sich auf die Waage gestellt. Die Themen „Essen“, „Kalorien“ und „Abnehmen“ stehen im **Mittelpunkt des Denkens.** Die Betroffenen **ziehen sich immer mehr zurück**, können depressiv werden, Angst- oder Zwangssymptome können folgen.

Diese Form des Abmagerns kann sehr schnell lebensbedrohlich werden, so zählt die Anorexia nervosa bei Mädchen und jungen Frauen zu einer der häufigsten Todesursachen.

Anorexie hat viel mit **Perfektion** und **Leistung** zu tun. Die Betroffenen wollen nicht nur dünn, sondern auch erfolgreich in Schule und Beruf sein. Andere Lebensbereiche, wie Körperpflege, Ordnung, das Sammeln oder Kontrollieren können zwanghaft werden. Sie stellen hohe Ansprüche an sich – und andere. Übrigens kann es auch gut möglich sein, dass Erkrankte für andere gerne kochen oder Rezepte sammeln.

Die Anorexie tritt bei ca. 0,3 % der jungen Frauen zwischen 14 und 24 Jahren auf, selten sind Jungen betroffen. Das Erkrankungsalter liegt bei den Betroffenen bei ca. 16 Jahren, meist sind sie überdurchschnittlich intelligent und stammen sie aus Familien der mittleren oder höheren Gesellschaftsschicht.

Differenzialdiagnostisch müssen depressive Episoden mit ungewollter Gewichtsabnahme durch Verlust des Appetits, Schizophrenien mit bizarrem Essverhalten, somatoforme Störungen, primärer Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit, Angst- oder Zwangserkrankungen mit ernährungsbezogenem Inhalt und natürlich körperlichen Erkrankungen wie maligne Tumore, Infektionskrankheiten, endokrinologische Störungen und gastroinetinale Erkrankungen ausgeschlossen werden.

Ursachen

Die Ursachensuche kann manchmal schwierig sein. Man geht von einem multifaktoriellen Geschehen aus mit einem komplexen Zusammenspiel unterschiedlicher Faktoren.

- Familienstruktur (Atmosphäre der Rigidität und Konfliktvermeidung in der Bedürfnisse und Gefühle nicht geäußert werden dürfen)
- Soziokulturelle Faktoren (Schönheitsideal in der Gesellschaft, Selbstwerterleben nur durch körperliche Attraktivität, Leistungsdruck)
- Lernprozesse (verlerntes Gefühl von Hunger und Sättigung, Anerkennung bei einer Gewichtsabahme)
- Dysfunktionale Kognitionen/unbewusste Konflikte (irrationale Denkprinzipien, unbewusste Konflikte (sexueller Art oder in Richtung von Autonomie))
- Biologische Faktoren (genetische Prädisposition, möglicherweise eine zentrale serotonerge Dysfunktion)
- akute oder chronische Belastungen (Trennungen, neue Anforderungen, Leistungsruck oder Angst vor körperlicher Erkrankung)

Folgen

Neben den genannten psychischen Folgeschäden (depressive Verstimmung, Gereiztheit, sozialer Rückzug, Zwangs- und Angststörungen), können die **körperlichen Schäden** enorm sein:

- Bei Frauen: Amenorrhoe (ausbleibende Monatsblutung), bei Männern: Potenzstörungen
- brüchige Haare, Haarausfall
- trockene Haut
- kortikale Atrophie (Verlust der Hirnsubstanz)
- Bradykardie (geringe Herzfrequenz)
- geringe Körpertemperatur (leichtes Frieren)
- Arrhythmien
- orthostatische Dysregulation (labiler Kreislauf)
- Akrozyanose (blaue Finger, Zehen, Ohren oder eine blaue Nase)
- Osteoporose
- gastrointestinale Störungen (Verstopfung, Blähungen, verzögerte Magenentleerung etc.)
- Veränderung der Körperbehaarung (Haarflaum)
- Wachstumsstörungen
- Hypothermie
- Blutbildveränderungen

- Elektrolytverschiebungen
- Ödeme
- Schädigung von Leber und Niere

Verlauf und Prognose

50 bis 70 % der Betroffenen können im Langzeitverlauf vollkommen geheilt werden, eine partielle Besserung gibt es bei ca. 20 %, bei 10 bis 20 % der PatientInnen nimmt die Erkrankung einen chronischen Verlauf. Je länger die Erkrankung dauert, umso höher ist auch die Mortalitätsrate. Sie liegt bei zehn bis 20 % in einem Zeitraum von 15 bis 20 Jahren nach Ausbruch. Der Verlauf ist umso günstiger je früher die Anorexie beginnt und je kürzer sie andauert.

13.1.2 Bulimie (ICD-10: Bulimia nervosa (F50.2/F50.3))

Bulimie ist für Außenstehende bei Betroffenen oftmals kaum zu erkennen. Sie scheinen völlig normal im Verhalten, haben im Allgemeinen ein recht normales Gewicht. Sie nehmen zwar im „normalen Leben" hauptsächlich „erlaubte" Light-Produkte zu sich, essen aber ansonsten normal. Sie haben meist ein angenehm **schlankes (manchmal sogar leicht übergewichtiges)** und **gepflegtes Äußeres**. Niemand würde auf den ersten Blick denken, dass diese Menschen ein heimliches **Doppelleben** führen immer wieder – **diagnostisch in einem Zeitraum von drei Monaten mindestens zweimal in der Woche** – unkontrolliert Unmengen an „verbotenen" hochkalorischen, billigen und leicht essbaren Lebensmittel in sich **hineinschlingen** (das kann dann auch mal das Päckchen Butter sein) – und sich in Folge **selbstausgelöst übergeben** (oder Abführmittel einnehmen) (**Purging-Typ**). Manche treiben exzessiv Sport oder führen strengstens Diät (**Non-Purging-Typ**).

Wie bei der Anorexie stehen die eigene Figur und das Gewicht **im Mittelpunkt des Denkens.** Die Betroffenen sehen sich als „zu fett" und haben dauerhaft Angst, dick zu werden. Ihre persönliche Gewichtsgrenze haben sie genau (und recht niedrig) festgelegt.

Belastend ist vor allem das Doppelleben, das die Betroffenen führen. Nach Außen hin perfekt und völlig normal, besteht das Leben versteckt aus Fressattacken mit absolutem **Kontrollverlust**, **Schuldgefühlen**, **Scham**, dem Akt dessen, dieses zu viel an Lebensmitteln wieder loszuwerden und dem **Ekel** über sein eigenes Verhalten. Und: Diese Lebensmittel müssen erst einmal herangeschafft (und bezahlt) werden und werden auch oftmals **gehortet**, damit immer Lebensmittel vorrätig sind. Die eigene Ordnung kann dabei stark vernachlässigt werden.

Auf Dauer führt die Bulimie zu einem sozialen Rückzug, da diese Erkrankung physisch und psychisch an den Kräften zehrt. Es werden ritualisierte Zwangshandlungen durchgeführt, vor allem in Begleitung der übermäßigen Nahrungsaufnahme oder während des Vorgangs des Erbrechens. Besonders schwierig wird es, wenn komorbide Störungen, wie Alkoholmissbrauch oder -abhängigkeit, Angsterkrankungen oder depressive Episoden hinzukommen. Im Falle von zusätzlichen Selbstverletzungen, Substanzmissbrauch oder Suizidversuche hinzukommen, könnte die

Problematik der Borderline-Persönlichkeitsstörung angedacht werden. Auch AD(H)S-Störungen könnten überlappend existieren.

Ursachen

Viele Ursachen kann man aus der Anorexie ziehen:

- Familienstruktur (Atmosphäre der Rigidität und Konfliktvermeidung, in der Bedürfnisse und Gefühle nicht geäußert werden dürfen)
- Soziokulturelle Faktoren (Schönheitsideal in der Gesellschaft, Selbstwerterleben nur durch körperliche Attraktivität, Leistungsdruck)
- Lernprozesse (verlerntes Gefühl von Hunger und Sättigung, Anerkennung bei einer Gewichtsabnahme)
- Dysfunktionale Kognitionen/unbewusste Konflikte (irrationale Denkprinzipien, unbewusste Konflikte (sexueller Art oder in Richtung von Autonomie))
- Biologische Faktoren (genetische Prädisposition, möglicherweise eine zentrale serotonerge Dysfunktion)
- akute oder chronische Belastungen (Trennungen, neue Anforderungen, Leistungsruck oder Angst vor körperlicher Erkrankung)

Betroffene haben häufig eine schwere Selbstwertproblematik. Sie orientieren sich stark an sozialen Normen und an der Meinung anderer. Sie sind jedoch – im Gegensatz zu an Anorexie Erkrankten – impulsiver und extrovertierter. Und: Im Gegensatz zur Anorexie findet man in den Familien häufig affektive Störungen, Alkoholabhängikeit, Angsterkrankungen, Übergewicht oder andere Ess-Störungen.

Es wird vermutet, dass Bulimie häufiger als Anorexie auftritt. Vermutlich leiden ein bis vier Prozent der Frauen zwischen 17 und 35 Jahren an einer Bulimie. Betroffen sind auch hier eher Frauen.

Folgen

Neben den genannten psychischen Folgeschäden (Angststörungen, Zwangsstörungen, Depressionen, Selbsthass, sozialer Rückzug, Launenhaftigkeit, Messietum), können die **körperlichen Schäden** enorm sein:

- Parotitis (Entzündung der Ohrspeicheldrüse)
- Schäden am Zahnschmelz, schwere Karies
- Herzrhythmusstörungen
- Herz-Kreislauf-Störungen
- Haarausfall
- Schwindel und Müdigkeit
- Abnahme von Konzentration und Leistungsfähigkeit
- Ösophagitiden (Entzündung der Schleimhaut der Speicheldrüse)

- Pharyngitiden (Entzündung der Rachenschleimhaut)
- rezidivierende Pankreatitden (Bauchspeicheldrüsenentzündung)
- Schwielen oder Verätzungen an Fingern oder Handrücken (durch das Herbeiführen des Erbrechens)
- diabetische Entgleisungen
- Gastritiden (Magenschleimhautentzündung)
- Magendilatation (Magendrehung)
- Niereninsuffizienz
- Verstopfung/träger Darm
- gelegentlich Amenorrhoe

Verlauf und Prognose

Stationär behandelte Bulimie-PatientInnen zeigen oftmals einen günstigeren Verlauf als jene mit Anorexia nervosa. Zwar kommt es auch zu Todesfällen, jedoch auch das deutlich weniger. Schwierig gestaltet sich auch hier eine zusätzliche psychische Erkrankung . Untersuchungen zum Langzeitverlauf liegen noch nicht vor.

13.1.3 Binge Eating Disorder (ICD-10: nicht näher bezeichnete Essstörung F50.9)

Bei der Binge Eating Disorder stehen **heimliche Essanfälle** (**mindestens an zwei Tagen in der Woche über einen Zeitraum von sechs Monaten**) im Vordergrund, bei der große Mengen von hochkalorischen Nahrungsmitteln in kürzester Zeit zu sich genommen werden – solange bis das Völlegefühl unangenehm wird. Hier werden allerdings **keine gegensteuernde Maßnahmen** (wie bei der Bulimie) eingeleitet. Gelegentlich beginnen die Betroffenen Diäten, die aber wieder abgebrochen werden. Einige Betroffene essen auch ständig über den gesamten Tag, ohne feste Mahlzeiten. Hunger- und Sättigungswahrnehmung sind gestört, eine sportliche Betätigung findet meist nicht statt, Freizeitaktivitäten sind oft Fernsehen und Computer. Dadurch entsteht im Allgemeinen bei den Betroffenen zum Teil ausgeprägtes Übergewicht.

Die Betroffenen essen dabei, ohne hungrig zu sein. Auslöser können Langeweile, Wut oder Trauer, manchmal auch Trotz, sein. Das Essen verläuft hastig, oftmals direkt aus der Verpackung. Im Nachhinein herrschen das Gefühl der Schuld, des Ekels, der Scham, Depremiertheit und Hilflosigkeit, die aber zumeist schnell wieder verdrängt werden. Die Anfälle selbst werden als zwanghaft und hemmungslos empfunden. Auch außerhalb der Attacken kreisen die Gedanken meist ums Essen.

Neben gesundheitlichen Problemen entsteht durch die Binge Eating Disorder oftmals ein Teufelskreis aus Problemen mit der Umwelt durch das Übergewicht, fehlendes Selbstbewusstsein und übermäßiger Nahrungsaufnahme.

Es wird vermutet, dass etwas 2 bis 5 % der Bevölkerung an dieser Erkrankung leiden. Hier sind im Gegensatz zu Anorexie Männer und Frauen gleichermaßen betroffen.

Ursachen

Die Ursache der Störung ist bisher unklar, man vermutet jedoch eine Mischung aus genetischer Disposition, psychischen (depressive Syndrome, Angsterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen) und soziokulturellen Faktoren.

Differenzialdiagnostisch sollte Erkrankungen wie zum Beispiel Diabetes oder Tumore ausgeschlossen werden, die zu Heißhungerattacken führen können oder auch Medikamente, wie bestimmte Neuroleptika, Antidepressiva, Östrogene etc. Ebenso können Heißhungerattacken beim Absetzen stimulierender Substanzen wie Nikotin, Kokain oder Amphetaminen auftreten.

Folgen

Neben den genannten psychischen Folgeschäden (Depressionen, Angstzustände, Selbsthass, sozialer Rückzug, Launenhaftigkeit, Messietum, Alkoholmissbrauch), können die **körperlichen Schäden** sein:

- Völlegefühl
- Bauchschmerzen
- Atembeschwerden
- Übergewicht – und in deren Folge Diabetes mellitus, hohe Blutfettwerte, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Schlaganfall, Herzinfarkt, Gelenkschäden, Rückenprobleme, Wassereinlagerungen

Neben den gesellschaftlichen Problematiken kann es, wie bei der Bulimie, zu finanziellen Problemen kommen, da die Nahrung ja besorgt werden muss.

Verlauf und Prognose

Zu Verlauf und Prognose liegen bei der Binge Eating Disorder wenige Daten vor. Man geht davon aus, dass die Prognose, wie bei der Bulimie, stationär behandelt eine recht gute Prognose hat. Wichtig ist hier eine regelmäßige Betreuung im Nachhinein mit „Auffrischungs-Einheiten“.

13.1.4 Exkurs: Adipositas[33] (ICD-10: E66.0)

Adipositas bedeutet, dass bei den Betroffenen der Körperfettanteil im Verhältnis zu der Ganzkörpermasse zu hoch ist. Von ihr wird gesprochen, wenn der Body Mass Index (BMI) bei über 30 liegt.   (Nicht zu verwechseln mit „Übergewicht", bei der das Körpergewicht über den Alters- und Geschlechtsnormen liegt.) Betroffen sind in Deutschland ca. 15 bis 20 % der Erwachsenen – mit steigender Tendenz.

Besonders belastend für die Betroffenen sind die psychosozialen Folgen aus ihrem „Dicksein" heraus, da es oft gesellschaftlich für geringe Willensstärke, fehlende Intelligenz und Faulheit steht. Adipöse Menschen werden häufig gesellschaftlich geächtet und stigmatisiert. Das führt oft zu einem fehlenden Selbstwert mit einer Neigung zu Angststörungen und depressiven Syndromen einher.

Ursachen

Man geht in der Ätiologie von einer Mischung von genetischen, psychosozialen (Störungen des Hunger- und Sättigungsgefühl durch Lernerfahrungen mit der Nahrungsaufnahme, zum Beispiel durch rigide Tischregeln („Der Teller muss leer gegessen werden") oder bestimmte hochkalorische Lebensmittel als „Seelentröster") oder auch häufige Diäten) und soziokulturellen Faktoren (großes, leicht verfügbares Angebot an Nahrungsmitteln in unserer westlichen Welt) aus.

Differenzialdiagnostisch sollten Erkrankungen wie zum Beispiel endokrinologische Erkrankungen oder Tumore ausgeschlossen werden oder auch Medikamente, wie bestimmte Neuroleptika, Antidepressiva, Östrogene etc. Ebenso sollten affektive Störungen mit atypischer Symptomatik oder das eventuelle Vorliegen einer Binge Eating Disorder oder einer Bulimie überprüft werden.

Folgen

Neben den genannten psychischen Folgeschäden (Depressionen, Angstzustände, Selbsthass, sozialer Rückzug,etc.), können die **körperlichen Schäden** sein:

- arterielle Hypertonie
- Herzinsuffizienz und Herzinfarkt
- Schlaganfall
- Lungenembolie
- Diabetes mellitus
- Gicht

---

33 Achtung! Befindet sich im ICD-10 unter E66, nicht unter F!

- Erhöhter Cholesterinspiegel
- metabolisches Syndrom
- Gallenblasenerkrankungen
- Krebserkrankungen
- Grauer Star
- Schlafapnoe
- Gelenkschäden
- Rückenprobleme
- Schwangerschaftsprobleme

Verlauf und Prognose

Wichtig bei der Adipositas ist eine multimodulare Therapie mit einer verhaltenstherapeutischen Ausrichtung. Die Prognose einer dauerhaften Gewichtsreduktion liegt dann bei etwa 20 %.

13.1.5 Therapien

Da die Ess-Störungen multifaktoriell bedingte Erkrankungen sind, müssen sie auch entsprechend multifaktoriell behandelt werden. Diese mehrdimensionalen Therapiekonzepte beinhalten:

- Ernährungsrehabilitation bei der Anorexie (kontrollierte Gewichtszunahme bis zu einem Normalgewicht (nur im äußersten Notfall mit Magensonde)) und Adipositas (kontrollierte Gewichtsabnahme bis zu einem Normalgewicht)
- Behandlung der Folgeerscheinungen
- Ernährungsberatung inklusive dem „Einüben" eines angemessenen Essverhaltens und dem Hören auf den eigenen Körper
- Bewegung und dem Gewicht entsprechende sportliche Betätigung bei Binge Eating Disorder und Adipositas
- Psychosoziale Rehabilitation (Einzel-Psychotherapie (inklusive Wahrnehmungstraining), Verhaltenstherapie bei Adipositas, Familientherapie, Selbsthilfegruppe – stationär und teilstationär)
- falls notwendig medikamentöse Therapie

Man arbeitet bei der Therapie hierarchisch – so zuerst an den lebensbedrohlichen und die Therapie untergrabenen Verhaltenswesen, um so schließlich weiter behandeln und aufbauen zu können. Hauptziel der Therapie ist im Endeffekt, die Betroffenen soweit zu stärken, dass die Ess-Störung schließlich nicht mehr „notwendig" ist.

Ob sie stationär, teilstationär oder ambulant durchgeführt werden sollte, hängt von der Gesamtkonstitution der Betroffenen ab. Man neigt bei der Anorexie zu einer stationären Therapie, vor allem wenn der BMI unter 15 liegt oder schwerwiegende psychiatrische Probleme (wie Suizidalität) bestehen (letzteres gilt auch für die Bulimie). Problematisch ist bei den Erkrankten vor allem, dass selten eine Therapiemotivation besteht und gleichzeitig Machtkämpfe unter den einzelnen PatientInnen aufkommen. Eine Therapie verlangt daher beim Therapeutenteam sehr viel Geduld. Bulimie-, Binge-Eating-, und Adipositas-Erkrankte sind da etwas „einfacher“, aber auch bei Ihnen muss die Hemmschwelle zur Therapie abgebaut werden.

Weiter gute Therapiemethoden sind Entspannungstechniken zum Stressabbau.

13.2 Nicht-organische Schlafstörungen (ICD-10: F51)

Der Schlaf ist für die Regeneration und somit das Überleben eines Menschen fundamental wichtig – und zugleich in seiner Qualität als auch Quantität höchst anfällig, Definiert ist er als Bewusstseinsminderung, die jederzeit durch äußere und innere Reize beendet werden kann. Während des Schlafes nehmen Muskelspannung, Atem- und Herzfrequenz ab, Körpertemperatur und Blutdruck sinken. Dem gegenüber zeigen einzelne endokrine Bereiche der Organe, Gewebe und Zellgruppen eine deutlich höhere Aktivität. Außerdem vermutet man, dass der Schlaf zudem wichtig ist für Gedächtnis- und Lernleistungen.

Wir sprechen von verschiedenen **Schlafstadien**, die sich zyklisch abwechseln:

- Einschlafen (sowohl als Non-REM-Phase als auch als REM-Phase (REM steht für Rapid-Eye-Movement zeigt sehr emotionale und plastische Traumphasen an, bei denen paradoxerweise Herz- und Atemaktivität sowie Gehirndurchblutung gesteigert sind.))
- Leichtschlaf (ca. 50 bis 60 % der Schlafzeit)
- mittlerer Schlaf
- Tiefschlaf

Gemessen werden können diese Phasen per Polysomnografie (eine Kombination aus EEG, EMG und EOG, bei denen Hirnaktivitäten, Muskelspannung und Augenbewegungen erfasst werden).

Manche Menschen benötigen weniger Schlaf, manche mehr (wie Kinder und vor allem Neugeborene). Man geht jedoch von einem Durchschnitt von ca. sieben Stunden am Tag aus. Dabei kann der Schlaf auch über den Tag verteilt stattfinden (wie bei Kindern oder vielen älteren Menschen.)

Schlafstörungen sind oftmals Symptome verschiedenster psychischer oder körperlicher Erkrankungen, daher sind sie oft sehr Anamnese-intensiv. Gleichzeitig sind sie in der westlichen Welt ein enormes Problem für viele, denn Schlafstörungen können zur Abnahme der geistigen und körperlichen Leistungsfähigkeit führen. Zudem sind sie sehr häufig. Ca. 25 % der Deutschen leiden an Ein- oder Durchschlafstörungen, davon viele Frauen und ältere Menschen.

Zur **Diagnostik** von nicht-organischen Schlafstörungen sollte man in der Anamnese zunächst organische Ursachen und psychische Grunderkrankungen zum Beispiel mittels internistischer und neurologischer Untersuchung beim jeweiligen Facharzt ausschließen. Ggf. ist in Folge eine Untersuchung in einem sogenannten „Schlaflabor“ in einem schlafmedizinischen Zentrum angebracht. Des Weiteren werden in einer Anamnese die Symptomatiken genau erfasst.

Hierzu nutzt man optimalerweise einen Schlaffragebogen und/oder ein Schlaftagebuch, dass der Patient führen soll und aus denen man entsprechende Schlüsse zum Beispiel in Bezug auf Schlafdauer, Ein-/Durchschlafstörungen,

Umgebungsbedingungen, Schlafgewohnheiten oder in Hinblick auf den Schlafrhythmus ziehen kann. Natürlich berücksichtigt man bei der Anamnese auch etwaige Drogen- oder Medikamenteneinnahme mit ein, auch eine Familen- und die Fremdanamnese kann nützlich sein.

Unterteilt werden Schlafstörungen in

- Dyssomnien
- Parasomnien

Dyssomnien stehen für Störungen in Form von Ein- oder Durchschlafstörungen, meist verbunden mit einer verstärkten Tagesmüdigkeit. Die Ursachen können psychisch oder organisch sein (intrinsisch) oder durch äußere Faktoren ausgelöst werden, wie Lärm, Jetlag oder Schichtarbeit (extrinsisch).

Parasomnien sind Störungen, die beim (teilweisen) Aufwachen oder beim Wechsel von Schlafphasen auftreten und den Schlaf unterbrechen. Das können um Beispiel Albträume sein oder der Pavor nocturnus.

Gemäß ICD-10 unterteilt man in:

- Insomnie
- Hypersomnie
- Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus
- Schlafwandeln
- Pavor nocturnus
- Albträume

13.2.1 Nicht-organische Insomnie (ICD-10: F51.0)

Bestehen Einschlaf- oder Durchschlafstörungen oder eine schlechte Schlafqualität, ggf. auch frühmorgendliches Erwachen **zumindest drei Mal in der Woche für mindestens einen Monat**, spricht man von einer Insomnie. Betroffen sind ca. fünf bis zehn Prozent der Deutschen.

Diese Störung folgt oftmals einer psychischen oder somatischen Störung. Daher wird sie hier zumeist nur ergänzend klassifiziert, wenn sie das Erkrankungsbild beherrscht.

Problematisch ist sie in vielerlei Hinsicht. So führt die Insomnie zumeist zu Müdigkeit am Tag und Leistungseinbußen. Für Betroffene ist die Situation oftmals so belastend, dass ihre Gedanken schließlich nur noch um das Thema Schlaf drehen – was zugleich den Schlaf wieder behindert. Es entsteht ein Teufelskreis aus Schlaflosigkeit, Ängsten und Anspannungen.

Bei der entsprechenden Kombination von Therapiemöglichkeiten ist die Prognose, eine nicht-organische Insomnie zu heilen, gut. Dabei haben sich umfangreiche Programme und Kurzzeitprogramme als ähnlich effektiv erwiesen – genauso wie Einzelsitzungen und Gruppensettings. Der Betroffene ist hier daher frei in seiner Wahl.

13.2.2 Nicht-organische Hypersomnie (ICD-10: F51.1)

Die Nicht-organische Hypersomnie drückt sich durch eine ausgeprägte Schläfrigkeit am Tag aus, durch Schlafattacken oder einer längeren Übergangszeit im Prozess des Wachwerdens – und das **täglich und länger als ein Monat, ggf. auch in wiederkehrenden Perioden von kürzerer Dauer.**

Der Betroffene wird nie „richtig wach". Er hat große Probleme in der Schule, bzw. Arbeitsplatz, verspätet sich häufig, leidet unter mangelnder Konzentration und geringer Leistungsfähigkeit. Der Leidensdruck ist häufig hoch.

Die Störung beginnt schon in der Jugend – ist aber relativ selten.

Die Ursache ist nicht klar. Organische Ursachen gibt es nicht, auch liegt sie nicht in der Einnahme von Medikamenten oder psychotropen Substanzen. Man vermutet das Vorliegen einer genetischen Disposition.

13.2.3 Exkurs zu verwandten Störungen:

Schlafapnoe-Syndrom (ICD-10: G47.3)

Bei einem Schlafapnoe-Syndrom entstehen bei den Betroffenen während des Schlafes Atempausen von mindestens 10 bis mehr als 60 Sekunden Dauer. Während des Schlafes schnarchen sie ansonsten sehr laut und unregelmäßig. Diese Störung tritt bei 2 bis 3 % der Bevölkerung auf und trifft vor allem bei Männern über 40 Jahren auf.

Die Ursache liegt meist bei einem nachlassenden Muskeltonus im Schlund, oft in Kombination mit Erkrankungen im Hals-Nasen-Rachen Raum, nach Alkoholgenuss, bei Adipositas oder nach der Einnahme von Tranquilizeren. Seltener liegt die Ursache bei einer Störung der Aktivierung der Atemmuskulatur oder einer Lungen- oder muskuloskeletalle Erkrankung. Entsprechend läuft die Anamnese meist in Kombination mit einem HNO-Facharzt und einem Schlaflabor.

Neben dem Risiko einer kardiovaskulären Komplikation durch den Sauerstoffmangel, leiden die Betroffenen in Folge unter starker Tagesmüdigkeit bis hin zur Schläfrigkeit – besonders bei eintönigen Tätigkeiten, wie dem Autofahren. Ansonsten leiden sie unter Kopfschmerzen am Morgen, Aufmerksamkeit und Gedächtnis werden in Mitleidenschaft gezogen, es kann zu Verwirrtheitszuständen und Potenzstörungen kommen.

Narkolepsie (ICD-10: G47.4)

Narkolepsie-Betroffene leiden anfänglich „nur“ unter dem dauerhaften Gefühl der Müdigkeit und Einschlafattacken, es folgen im Verlauf Katalepsien (Muskelgruppen erschlaffen anfallartig ohne Bewusstseinsverlust), hypnagoge Halluzinationen (meist negativ, im Allgemeinen visuell und sehr lebhaft), Schlafparalyse (kurz nach dem Aufwachen können die Betroffenen weder sprechen noch sich bewegen) und automatische Handlungen (monotone, bekannte Handlungen werden quasi im Halbschlaf vollzogen). Oft leiden sie an häufigen Wachzeiten in der Nacht.

Diese Erkrankung ist sehr selten und beginnt zumeist vor dem 35. Lebensjahr. Die Ursache findet man in genetischen Faktoren (dem HLA-DR2-Gen).

Restless-Legs-Syndrom (ICD-10: G25.81)

Betroffene mit Restless-Legs-Syndrom beschreiben im Ruhezustand abends oder nachts Schmerzen, ein Reißen, Ziehen oder Spannungsgefühl in den Beinen. Die Beine können kaum ruhig gehalten werden. Das Risiko, diese Störung zu

bekommen ist relativ hoch – und erhöht sich noch im Alter. Ein Drittel aller über 60-jährigen sollen unter dem Restless-Legs-Syndrom leiden.

Ursachen können genetisch verursacht sein oder infolge von Niereninsuffizienz, Vitamin-B12- Folsäure oder Eisenmangel auftreten.

13.2.4 Nicht-organische Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus (ICD-10: F51.2)

Bei einer Störung des Schlaf-Wach-Rhythmusses stimmen der persönliche Rhythmus nicht mit jenem, der von außen vorgegeben ist, überein. Dies führt zu Schlaflosigkeit oder Hypersomnie mit verminderter Leistungsfähigkeit.

Das kann bei einem Jetlag der Fall sein, aber auch – und das ist auf Dauer kritisch – bei Schichtarbeitern. Gleichzeitig kann es aber auch bei extremen Früh- oder Spätaufstehern vorkommen, die nicht nach ihrem Rhythmus leben können. Als zu behandelnde Störung wird es diagnostiziert, wenn sie **fast täglich, mindestens einen Monat lag oder über wiederkehrende kürzere Zeitpunkte** auftritt.

Diese Störungen können bei hohem Leidensdruck im Allgemeinen nur dadurch behandelt werden, dass die Lebensumstände entsprechend verändert werden.

13.2.5 Schlafwandeln (ICD-10: F51.3)

Somnambulismus, bzw. Schlafwandeln, steht für einen Zustand, in dem sich der Betroffene in einer veränderten Bewusstseinslage befindet. Das Phänomen findet meist in der ersten Nachthälfte auf. Der Betroffene befindet sich im Tiefschlaf, hat jedoch die Augen geöffnet, sitzt im Bett, spricht, gestikuliert, nestelt an der Bettdecke oder läuft sogar im Raum umher. Reaktivität und Geschicklichkeit sind dabei vermindert. Er reagiert kaum auf Ansprache und ist nur mit äußersten Schwierigkeiten zu wecken. Der Zustand dauert mehrere Minuten bis zu einer halben Stunde. Nach dem Aufwachen kann sich der Betroffene kaum an das Geschehen erinnern.

Somnambulismus kommt bei 15 % der Kinder im Alter von fünf bis zwölf Jahren mindestens einmal vor.

Man vermutet als Ursache genetische Faktoren.

13.2.6 Pavor nocturnus (ICD-10: F51.4)

Beim Pavor nocturnus erwachen die Betroffenen in der ersten Nachthälfte schreiend voller Furcht und Panik. Sie sind in äußerster Erregung, setzen sich zumeist direkt auf, sind aber vorübergehend desorientiert. Manchmal stürzen sie auch direkt zur Tür, ohne aber den Raum zu verlassen.

Betroffen sind zumeist Kinder und Jugendliche, die sich dann auch mit gutem Zureden der Bezugsperson schnell wieder beruhigen (bei anderen Personen allerdings oft nicht). Meist dauert ein solcher Anfall nicht länger als zehn Minuten. Am nächsten Morgen erinnern sie sich nicht mehr oder nur im ganz geringen Maße an den Vorfall.

Oft treten Pavor nocturnus und Somnambulismus gemeinsam auf.

Von der Ursache her vermutet man bei Kindern und Jugendlichen genetische Faktoren, bei Erwachsenen Reaktionen auf Belastungssituationen. Therapeutisch muss man hier jedoch selten aktiv werden, da sich aus dem reinen Pavor nocturnus im Allgemeinen kein Leidensdruck ergibt.

13.2.7 Albträume (ICD-10: F51.5)

Leidet man unter Albträumen, so werden Träume als beängstigend, lebensbedrohlich oder beschämend erlebt. Egal wie merkwürdig die Inhalte eigentlich sind, so werden sie doch als äußerst real und emotional erlebt. Oftmals wiederholen sich im Leben bestimmte Albtraum-Themen.

Oftmals erlebt man Albträume in den frühen Morgenstunden, die Betroffenen sind nach dem Erwachen im Allgemeinen sofort orientiert.

Gelegentliche Albträume sind nicht ungewöhnlich, treten sie jedoch gehäuft vor (meist in Phasen hoher Belastung) entsteht oft ein hoher Leidensdruck. Neben belastenden Lebensphasen kommen auch psychische Erkrankungen wie die posttraumatische Belastungsstörung, in Betracht, aber auch bestimmte Substanzen (Alkohol, einige Antidepressiva).

13.2.8 Therapien

Bei allen nicht-organischen Schlafstörungen müssen zunächst internistische und neurologische Erkrankungen sowie die Einnahme von schlafstörenden Medikamenten und Suchtmitteln ausgeschlossen werden.

Im Vordergrund einer Therapie von Schlafstörungen steht immer die Suche nach und Aufklärung über die Ursachen der Schlafstörungen und die Behandlung der körperlichen Basis-Erkrankung durch einen Facharzt. Ist diese abgeschlossen oder eine solche nicht vorhanden, geht man auf die Suche nach den psychischen Ursachen. Handelt es sich bei der Grunderkrankung um eine psychische, so wird zunächst diese behandelt. Bleibt trotzdem eine Schlafstörung und besteht ein Leidensdruck, so kann man verschiedene Methoden in Kombination anwenden:

1) Führen eines Schlaftagebuchs und dessen Auswertung
2) Bearbeitungen individueller Konfliktsituationen (Überforderung im Alltag, Probleme und Sorgen)
3) psychotherapeutische Intervention auf kognitiv-verhaltenstherapeutischer Basis

- Informationen über den „normalen“ Schlaf und erlernt spezifische Strategien, die auf ihn zugeschnitten sind
- Erlernen von Schlafhygiene
- Lernen von Entspannungsverfahren (zum Beispiel Progressive Muskelrelaxation)
- Paradoxe Intervention (zum Beispiel lange wach im Bett liegen zu bleiben)
- Stimuluskontrolle (ins Bett nur bei ausgeprägter Müdigkeit, bei längeren Wachphasen und dem Einsetzen von Grübeln aufstehen und etwas Schönes tun)
- Schlaf herauszögern (Schlafrestriktion)
- kognitive Restrukturierung (Überprüfen von bisherigen Kognitionen, wie „Nur zehn Stunden Schlaf sind gesund.“)
- Erlernen von Biofeeback-Techniken (willentliche Lenkung unbewusster Körpersignale über das Gehirn)

13.1.9 Exkurs: Schlafhygiene

Schlafhygiene bedeutet, bestimmte Regeln in Sachen Lebensgewohnheiten und Verhaltensweisen einzuhalten, um einen gesunden Schlaf zu fördern.

- Stimulanzien wie Kaffee, Cola, Tee oder verschreibungspflichtige sowie frei erhältliche koffeinhaltige Medikamente sollten nach dem Mittagessen nicht mehr zugeführt werden. Gleiches gilt für Alkohol und Zigaretten.
- Regelmäßiger Sport (jedoch nicht in den Abendstunden) verbessert den Schlaf.
- Schwere Mahlzeiten am Abend sollten gemieden werden. Ein Glas Milch (oder auch andere Milchprodukte) vor dem Schlafengehen verbessert tatsächlich die Fähigkeit einzuschlafen.

- Regelmäßige Bettzeiten – auch am Wochenende – mit maximal acht Stunden Schlaf sollten eingehalten werden.
- Vor dem Schlafengehen sollten geistige und körperliche Aktivitäten verringert werden.
- Ein Einschlafritual ist förderlich.
- Der Fernseher sollte nicht als Einschlafhilfe genutzt werden. Ebenso sollte das Arbeiten (und chatten per Smartphone) im Bett vermieden werden.
- Das Bett sollte bequem sein, der Schlafraum dunkel und kühl. Ebenso ist frische Luft hilfreich.
- Es sollte vermieden werden, in der Nacht auf die Uhr zu schauen.

13.3 Nicht-organische Sexualstörungen

Bereits im Kindesalter werden die Grundsteine für unsere Sexualität gelegt. Sigmund Freud entwickelte vier Phasen der Entwicklung im Kindesalter:

Orale Phase	1. Lebensjahr	Lustvolle Aufnahme von Nahrung	Einverleiben, versorgt werden
Anale Phase	2. bis 3. Lebensjahr	Kontrolle der Ausscheidungsfunktionen	Loslassen und abgrenzen
Phallisch-ödipale Phase	ca. 4. bis 5. Lebensjahr	Erleben der Geschlechterunterschiede	Geschlechterrolle - Werben und Konkurrenz
Latenzphase	ca. 6. bis Pubertät	Zuwendung zur Umwelt	Kontrolle der Lust
Genitale Phase	Adoleszenz	Orientierung auf die zwischenmenschliche Partnerschaft	Interaktion, partnerschaftlich Beziehung

Gerade in der genitalen Phase ist die Entwicklungen der Sexualität gewaltig – und sind auch durch starke Unterschiede von der Entwicklung von Jungen und Mädchen geprägt. So beginnt die Pubertät bei Mädchen im Allgemeinen früher als bei Jungen.

Sind die Kinder und Jugendlichen nun zu Erwachsenen geworden, nehmen sie schon Einiges mit, was in ihrer sexuellen Entwicklung gelaufen ist – und tragen es hinüber in ihre Sexualität im Erwachsenenleben. Diese kann sehr befriedigend sein – aber auch zu Störungen, Problemen und Frustrationen führen, die wir in Folge erläutern werden.

Das ICD-10 definiert dabei drei Bereiche von Störungsbildern im sexuellen Erleben und Verhalten:

- Sexuelle Funktionsstörungen
- Störungen der Geschlechtsidentität
- Störungen der Sexualpräferenz

Selbstverständlich muss man dabei berücksichtigen, das gestörte oder abweichende Sexualität in unterschiedlichen Gesellschaftsschichten und unterschiedlichen Kulturen ganz verschieden gewertet werden können.

Kurz noch ein kleiner Exkurs. Denn auf den folgenden Seiten begegnen uns unterschiedliche Begriffe, die wir hier kurz erklären möchten:

- **Biologisches Geschlecht:** Bestimmt durch die Chromosomen, äußert sich durch die inneren und äußeren und die sekundären Geschlechtsmerkmale.
- **Geschlechtsidentität:** ein reines subjektives Gefühl der Zugehörigkeit zu einem Geschlecht.

- **Sexuelle Orientierung:** Ausrichtung auf Partner eines bestimmten Geschlechts (hetero-, homo- oder bisexuell).
- **Sexuelle Präferenz:** sexuelle Vorlieben.
- **Geschlechterrolle:** Erwartungen der Gesellschaft als Einfluss auf das eigene geschlechtsspezifische Rollenverhalten.

13.3.1 Nicht-organische sexuelle Funktionsstörungen (ICD-10: F52)

Die menschliche Sexualität geht weit mehr als über die reine Fortpflanzung hinaus. Das ist schön, kann aber auch zu diversen Problematiken führen. Sprechen wir von „sexuellen Funktionsstörungen", so implizieren diese, dass die Ansprüche an Sexualität, die recht individuell sind, nicht erreicht werden. Das stellt die Betroffenen sehr schnell unter einen enormen Leistungs- und Leidensdruck. Denn oftmals spielen neben dem persönlichen Wunsch auch gesellschaftliche sowie kulturelle Normen und Werte eine Rolle.

Bei den nicht-organischen sexuellen Funktionsstörungen unterscheidet man in:

- Primäre sexuelle Funktionsstörungen, die bereits ein Leben lang bestehen
- Sekundäre sexuelle Funktionsstörungen, die erworben wurden

und

- generalisierten sexuellen Funktionsstörungen, die dauerhaft bestehenden
- situativen sexuellen Funktionsstörungen, die nur in ganz bestimmten Situationen auftreten.

An dieser Stelle sprechen wir in erster Linie von sexuellen Funktionsstörungen, die nicht-organisch sind. Ohne Zweifel können organische Funktionsstörungen natürlich zu massiven psychischen Problemen, wie zum Beispiel Depressionen, führen, denn eines ist klar: Sexualität hat einen wichtigen Beitrag an unserem Wohlbefinden und unserer persönlichen Zufriedenheit.

Sprechen wir von „normalem" sexuellen Erleben, so sprechen wir meist von vier Phasen innerhalb des sexuellen Aktes:

- **Erregungsphase:** Das Lustgefühl steigt, es führt zu körperlichen Reaktionen, Puls und Blutdruck steigen.
- **Plateauphase:** Hohe Erregung wir erreicht, Puls und Blutdruck steigen weiter, bei Frauen weiten sich die äußeren Schamlippen, ein Teil der Vagina schwillt an, es wird das so genannte vaginale Transsudat abgesondert, Männer geben ein Präejakulat ab.
- **Orgasmusphase:** Zeitpunkt des größten Lustempfindens, Blutdruck, Puls und Atemfrequenz steigen weiter an, starke Durchblutung der oberen Hautschichten, Kontraktion der Beckenmuskulatur und Ejakulation
- **Entspannungs- und Rückbildungsphase:** Der Körper geht wieder auf normale Herz-Kreislauf-Werte zurück, es kommt zu dem Gefühl der Müdigkeit. Die Genitalien schwellen wieder ab.

Sexuelle Funktionsstörungen gehören zu den häufigsten Störungsbildern, die einen in der Sexualtherapie begegnen. Sie beschreiben Störungen im Sexualverhalten und der sexuellen Funktionen und Reaktionen.

Schaut man auf die psychischen Ursachen, können diese vielfältig sein, so zum Beispiel Depressionen, Sexualentwicklungsstörungen, Persönlichkeitsstörungen, Belastungsreaktionen wie das Posttraumatische Belastungssyndrom oder auch Schizophrenie – und natürlich Selbstverunsicherungen, kognitive Einstellungen, Versagensängste, Partnerschaftsprobleme, Stresssituationen, Leistungsdruck etc. Berücksichtigen müssen Sie aber auch auf jeden Fall somatische Ursachen wie eine hormonelle Dysbalance, Durchblutungsstörungen, Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Infektionen, dermatologische Ursachen, Alkohol, Drogen oder Medikamente etc. oder auch anatomische Problematiken. Lassen Sie das bitte vor Behandlungsbeginn vom Hausarzt des Betroffenen abklären.

Die sexuellen Funktionsstörungen teilen sich wie folgt ein:[34]

	Frau	**Mann**
Appetenz	Minderung des sexuellen Verlangens, Aversion, Ekel, Ängste sexueller Art, Frigidität	
Erregung	Lubrikationsstörung oder umgekehrt Hypersekretion	Erektionsstörungen oder umgekehrt Dauererektion
Schmerz	Schmerzhafter Geschlechtsverkehr durch Dyspareunie oder Vaginismus	
Orgasmus	Anorgasmie	vorzeitiger und vorzeitiger Samenerguss, Ejakulation ohne Orgasmus
Entspannung	Nachorgastische Gereiztheit, Schlafstörungen, Weinanfälle, innere Unruhe	

13.3.1.1 Sexuelle Appetenzstörungen (ICD-10: Mangel oder Verlust von sexuellem Verlangen (F52.0) und sexuelle Aversion und mangelnde sexuelle Befriedigung (F52.1))

Appetenzstörungen drücken sich oft in Angst oder Ekel gegenüber von Sexualität, im Belästigt-Fühlen durch den Partner aus. Sie kommen bei Frauen häufiger vor als bei Männern und sind unterschiedlich ausgeprägt. Doch bereits bei einer geringen Appetenzstörung ist die Sexualität erheblich gestört, und ist – im Gegensatz zu einer Asexualität – der Leidensdruck groß. Umgekehrt kann es auch zu gesteigertem sexuellen Verlangen kommen, dass ebenfalls zu massiven Konflikten mit dem gesellschaftlichen Umfeld und dem eigenen Wertgefüge führen kann.

Bei der **sexuellen Aversion** (F52.10) ist die Idee einer sexuellen Paarbeziehung mit starken sexuellen Gefühlen verbunden – bis hin zu Furcht oder Angst. Sexuelle Handlungen werden somit vermieden.

---

34 Lieb, Prof. Dr. med. Klaus; Frauenknecht, Dr. med. Sabine; Brunnhuber, Dr. med. Dr. rer. soc. MA phol. Stefan: Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie. Verlag Elsevier, München, 2009 (6. Auflage), Seite 327.

Kommt es zum Geschlechtsakt, wird er jedoch ohne Lustgefühl erlebt, spricht man von „mangelnder sexueller Befriedigung“ (F52.11) Auch hier kann der Leidensdruck sehr groß sein.

13.3.1.2 Erregungsstörungen (ICD-10: Versagen genitaler Reaktionen (F52.2))

Erregungsstörungen sind – wenn auch natürlich auch bei Frauen vorhanden – besonders oft bei Männern ein Problem. Hier spricht man von der **Impotentia coeundi** oder der **erektiler Impotenz**. Das bedeutet, dass für den Geschlechtsverkehr keine ausreichende Erektion vorliegt. Bei Frauen sind entsprechend die Schwell- und Lubrikationsreaktion nicht ausreichend. In beiden Fällen ist die Libido prinzipiell normal – so findet bei einer Selbstbefriedigung zum Beispiel eine Erektion statt. Fakultativ kann das bei nur einem bestimmten Partner passieren, obligatorisch aber auch generell.

Bei **Hypersekretion** und **Riapismus** (Dauererektion) kommt es zu einer Dauererregung bei der Frau, bzw. schmerzhaften Dauererektion beim Mann. Neben den Schmerzen ist auch hier der psychische Leidensdruck groß.

13.3.1.3 Schmerzhafter Geschlechtsverkehr (ICD-10: F52.5 und F52.6)

Wir unterscheiden hier den Vaginismus (Scheidenkrampf) (F52.5) und die Dyspareunie (F52.6).
Beim **Vaginismus** kann der Penis des Mannes (oder auch der Finger, bzw. ein anderer Gegenstand) durch eine reflektorische Anspannung von Scheide und Beckenbodenmuskulatur nicht bei der Frau eingeführt werden. Meist hängt dieses Problem mit traumatischen Erlebnissen (sekundärer Vaginismus) oder der Persönlichkeitsstruktur der Patientin zusammen („Dornröschensyndrom“), es kann aber auch ein Grundgefühl der Macht und Aggression vorliegen („Brunhildtyp“). Gleichzeitig hat natürlich auch das Verhalten des Partners einen starken Einfluss.
Die **Dyspareunie** äußert sich durch dadurch, dass der Geschlechtsverkehr – möglicherweise auf beiden Seiten – mit Schmerz, Jucken oder Brennen verbunden ist. Ein Orgasmus bleibt fast immer aus. Ursachen können Infekte, Narben, postoperative Zustände oder hormonelle Störungen, sie können aber auch psychischer Natur sein.

13.3.1.4 Orgasmusstörungen (ICD-10: F52.3 und 52.4 (Sonderpunkt Ejaculatio praecox))

Von Orgasmusstörungen spricht man, wenn trotz Lust und Stimulation der Orgasmus während des Geschlechtsakts nicht erreicht werden kann.

Bei Frauen hängt die Orgasmusfähigkeit – noch sehr viel stärker als beim Mann – von emotionalen und situativen Einflüssen ab. Ca. 30 % aller Frauen leiden unter Störungen, ca. 5 bis 10 % haben in ihrem Leben bisher sogar keinen Orgasmus erlebt. Dabei ist der Begriff „leiden“ nicht immer zutreffend, da es vielen Frauen trotzdem ausreichend ist, in der Sexualität „nur“ Nähe und Intimität zu erleben.

Männer können unter einem vorzeitigen (**Ejaculatio praecox**) oder einem gehemmten Orgasmus (**Ejaculatio tarda**), bzw. einer **Impotentia satisfactionis** leiden. Bei letzterer kommt es nicht zum finalen Samenerguss inklusive dem Erleben der sexuellen Befriedigung. Beim **vorzeitigen Samenerguss** handelt es sich um eine mangelnde Erregungsteuerung. Er kommt oft bei jungen und unerfahrenen Männern vor. Der **gehemmte Orgasmus** ist selten und basiert auf einer Angst vor dem Erleben eines Orgasmus und dem sich Einlassen auf die Partnerin/den Partner. Gerade beim Mann beginnt oftmals ein Teufelskreis, in dem er sich zunehmend unter Druck setzt „ordentlich" zum Orgasmus zu kommen. Im Allgemeinen werden Orgasmusstörungen durch psychische Problematiken ausgelöst, Ursachen können aber auch zum Beispiel Diabetes, Multiple Sklerose, neurologischen Krankheiten, Schilddrüsenerkrankungen, Medikamentennebenwirkungen oder ein Mangel an Testosteron etc. sein.

Bei der postorgastischen Verstimmung treten im Anschluss eines Orgasmus Gereiztheit, Weinanfälle, innere Unruhe und/oder Schlafstörungen auf. Die Betroffenen haben oftmals das Gefühl, das sich der Geschlechtsakt „nicht gelohnt" habe. Die Ursache liegt häufig bei partnerschaftlichen Konflikten, aber auch in anderen psychogenen Störungen oder Verstimmungen.

13.3.2 Therapiemöglichkeiten der nicht-organischen sexuellen Funktionsstörungen

Bitte beachten Sie, dass nicht selten eine holistische Behandlung in Zusammenarbeit mit einem Allgemeinarzt, Frauenarzt oder Urologen angeraten sein kann, denn man sollte niemals organische und somatische Ursachen einer Funktionsstörung ausschließen. Psychotherapeutisch geht man zunächst auf die Suche nach den Ursachen, um danach eine Therapie zu entwickeln. Denn, wie wir bereits gesehen haben, können die Ursachen vielfältig sein.

Ggf. muss man zunächst Konflikte oder Traumata durch Tiefen- und/oder Gesprächspsychotherapie in der Kindheit aufarbeiten, vielleicht ist eine Paartherapie angebracht, vielleicht kann eine Verhaltenstherapie mit praktischen Übungen (zum Beispiel der Sexualtherapeuten Masters und Johnson) von Nutzen sein, ebenfalls natürlich auch physiotherapeutische Verfahren. Insgesamt liegen die Erfolgsquoten bei ca. 50 bis 70 %.

Keine Frage: Bei jeder Form der Sexualtherapie muss der vorhandene Partner mit einbezogen werden.
Zentral bei allen Therapien muss auf jeden Fall eine Entlastung vom sexuellen Leistungsdruck sein, das bedeutet:

- Aufbau einer besseren Körperwahrnehmung
- Aufbau der Wahrnehmung der eigenen sexuellen Bedürfnisse
- Abbau von Scham- und Angstgefühlen
- Arbeit an der Partnerkommunikation im Bereich der Sexualität

13.4 Psychische und Verhaltensstörungen im Wochenbett (ICD-10: F53)

Unter dem Kapitel F53 finden sich im ICD-10 psychische Störungen, die im Wochenbett auftreten – sprich, **innerhalb der ersten sechs Wochen nach einer Geburt** (und die keine Kriterien an anderen Stellen im Kapitel V erfüllen). Sie kommen häufig vor, sind aber **zumeist von kurzer Dauer**. Ursächlich werden zum einen die hormonelle Umstellung gesehen und natürlich auch die neue Lebenssituation in die die frischgebackene Mutter kommt. Zwei Störungen kommen häufig vor: Die Wochenbettdepression und die Wochenbettpsychose.

13.4.1 Die Wochenbettdepression (ICD-10: F53.0)

Die Wochenbettdepression (nicht zu verwechseln mit dem schnell von selbst abklingenden „Babyblues", dem postpartalen Stimmungstief) tritt schätzungsweise bei ca. 10 bis 15 % der Mütter in den ersten beiden Wochen nach der Geburt auf. Meist haben herrscht die Angst, das Neugeborene nicht genügend versorgen oder mit der Gesamtsituation nicht klarkommen zu können. Es treten bei den Betroffenen Niedergeschlagenheit, Traurigkeit, Antriebslosigkeit, Konzentrationsprobleme, Schlafstörungen und körperliche Erschöpfung auf. Belastend sind zudem die Selbstvorwürfe („Ich müsste doch glücklich sein.") und oftmals auch das Unverständnis von außen. Gerade aus letztem Grund verschleiern viele Mütter ihr Problem. Meist vergeht die Verstimmung nach wenigen Wochen, die Erkrankung kann aber jedoch schwer über die Entwicklung von Zwängen bis hin zu Suizidgedanken gehen. Ein weiteres Problem ist, dass auch die Kinder unter der Erkrankung leiden und ihre eigene Entwicklung in Mitleidenschaft gezogen wird. Daher: Schnelles Handeln ist angebracht!

Oftmals hilft einfach, dass Außenstehende das Problem erkennen, Verständnis zeigen, Mut machen – und praktisch unter die Arme greifen. Helfen kann auch eine Gruppentherapie mit ähnlich betroffenen Müttern. In schwereren Fällen kann auch ein Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik und/oder die Einnahme von Antidepressiva notwendig sein.

13.4.2 Die Wochenbettpsychose (ICD-10: F53.1)

Die sogenannte Puerpalpsychose ist äußerst schwerwiegend und tritt ebenfalls in den ersten zwei Wochen nach der Geburt auf. Betroffene leiden unter einer äußerst schweren Depression, bzw. Erregtheitszuständen. Sie leiden unter Halluzinationen, sind labil, ängstlich, ratlos und voller Schuldgefühle. Ebenso können Wahnvorstellungen dazu kommen, das Ich-Erleben kann gestört sein. Die Frauen fühlen sich ggf. „von außen" beeinflusst oder denken zum Beispiel ihr Kind sei vertauscht. Manchmal sind sie auch der Überzeugung, ihr Kind sei diabolisch – oder heilig.

Die Wochenbettpsychose tritt sehr selten auf (bei ca. 0,1 bis 0,2 % der entbundenen – meist durch eine affektive Störung bereits vorbelasteten – Frauen) – ist aber umso gefährlicher, da zumeist der Kontakt zur Wirklichkeit verloren wird, das Suizidrisiko sowie die Gefahr der Schädigung des Kindes hoch sind.

Betroffene sollten bei derartigen Verhaltensauffälligkeiten sofort bei einem Psychiater oder Psychotherapeuten vorstellig werden. Bei Selbst- oder Fremdgefährdung ist auch eine Einweisung gegen den eigenen Willen angebracht.

13.5 Missbrauch von nicht-abhängigkeitserzeugenden Substanzen (ICD-10: F55)

Auf psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Suchterkrankungen) sind wir bereits in Kapitel 9 eingegangen. Allerdings können aber auch nicht-abhängigkeitserzeugende Substanzen, seien es Arzneimittel oder Naturheilmittel, vielfältiger Art missbräuchlich, also ohne medizinische Notwendigkeit, eingenommen werden.

Wir unterscheiden hier in:

- Antidepressiva (F55.0)
- Laxanzien (Abführmittel) (F55.1)
- Analgetika (Schmerzmittel wie Aspirin oder Paracetamol) (F55.2)
- Antazida (Medikamente zur Neutralisierung der Magensäure) (F55.3)
- Vitamine (F55.4)
- Steroide und Hormone (F55.5)
- Pflanzen oder Naturheilmittel (F55.6)

Im Gegensatz zum abhängig machenden Substanzen kommt es hier zu keiner Sucht, die Beschaffung ist (meist) nicht illegal. Schädlich ist hier, dass die Medikamente in unnötigen Kontexten in Überdosis mit ggf. negativen körperlichen Auswirkungen (auch durch die etwaigen Neben- und Wechselwirkungen) eingenommen werden. Dies kann zum Beispiel Leber- und Nierenschädigungen, aber auch Dauer-Kopfschmerzen, Verlust der Zeugungsfähigkeit oder dermatologische Veränderungen zur Folge haben.

Es entwickelt sich zwar keine Abhängigkeit, jedoch trifft man bei den Betroffenen auf Widerstand, wenn man sie auf den unnötigen Gebrauch aufmerksam macht oder ihnen gar die Einnahme verbieten will.

Therapeutisch kann man somit meist nur von der Seite der körperlichen Schäden kommen, die der Missbrauch der jeweiligen Substanz verursacht. Dies passiert somit häufig über den Allgemeinarzt, der das Absetzten empfiehlt und ggf. ein Gegenmittel, bzw. Medikamente zur Behandlung der Schäden verabreicht. Eine Möglichkeit ist auch eine vernünftige Dosisanpassung oder die Reduzierung der Substanz auf ein Maß, bei dem die Nebenwirkungen entfallen oder zumindest geringer werden. Die psychotherapeutische Behandlung wäre ggf. anzuraten, würde aber dann meist erst in zweiter Reihe stattfinden.

Kapitel 14:

Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

(ICD-10: F6)

14.1 Persönlichkeitsstörungen (ICD-10: F60)

Die Persönlichkeit eines Menschen ist sehr komplex sowie absolut individuell und drückt sich über das Denken, Fühlen, Wahrnehmen sowie den Beziehungen zu anderen aus. Ihre Entwicklung fußt auf mannigfaltigen Faktoren genetisch-biologischer und psychosozialer Art und ist an keiner Stelle des Lebens abgeschlossen. Sie zu beschreiben, ist oftmals nicht leicht.

Als nützliche Basis dient dabei zum Beispiel das **Fünf-Faktoren-Modell (Big Five)**, dass jeweils die Ausprägung einzelner Persönlichkeitsmerkmale beschreibt. Diese sind:

- Extraversion/Introversion (Kontaktfreudigkeit)
- Neuroizismus (emotionale Stabilität)
- Offenheit (aus neuen Erfahrungen lernen können, Kreativität)
- Gewissenhaftigkeit (mit Anforderungen und Aufgaben sorgfältig umgehen können)
- Soziale Verträglichkeit (friedfertiges Verhalten nach Außen)

Von einer Störung der Persönlichkeit spricht man, wenn einzelne dieser Punkte, in irgendeiner Form so stark von der Norm abweichen, dass ein schweres Leiden des soziokulturellen Umfelds und/oder der Person entsteht, wobei der Betroffene die Störung zumeist zunächst selbst nicht als "krankhaft" empfindet ("Ich-Syntonie"). Störende Verhaltens- und Empfindungsmuster sind dabei über einen langen Zeitraum stabil und führen zu deutlichen Einschränkungen in der sozialen und beruflichen Leistungsfähigkeit.

Ursachen und Beginn lassen sich meist im Kindes- und Jugendalter finden und sind weder organisch noch durch andere psychische Störungen begründet.Die Persönlichkeitsstörung hat sich quasi aus einer Strategie entwickelt, mit Defiziten zu dieser Zeit klar zu kommen, sie zu "überleben". In Folge entstehen Fehlinterpretationen in der Wahrnehmung und im Verhalten sowie in der Kommunikation mit der Umwelt. Ergänzend gehen neurobiologische und genetische Ansätze von einer entsprechenden Vorbelastung, sogenannten genetischen "Temperamentsfaktoren", aus, die mit externen Einflussfaktoren korrelieren.

Um Persönlichkeitsstörungen zu diagnostizieren, müssen neben den Symptomen so viele individuelle Aspekte des Lebens wie möglich herangezogen werden. Nützlich ist dabei auch eine Fremdanamnese. Da die Persönlichkeitsentwicklung in der Adoleszenz noch nicht abgeschlossen ist, sollte die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung frühestens ab dem Alter von 16 bis 17 Jahren gestellt werden.

Man betrachtet für eine Diagnose, ob eine deutliche Unausgeglichenheit in mehreren Funktionsbereichen der Persönlichkeit besteht, andauernde auffällige Verhaltensmuster zu erkennen sind, die absolut gleichförmig, tiefgreifend und unpassend in bestimmten sozialen und persönlichen Situationen sind.

Zur Diagnose müssen schließlich **jeweils mindestens drei** der in den Untergruppen genannten Verhaltensweisen und Eigenschaften **über einen Zeitraum von zwei Jahren** vorliegen.

Subtypen – zusammengefasst in einem Cluster – sind dabei:

A – exzentrisch, sonderbar	paranoide Persönlichkeitsstörung (F60.0)
	schizoide Persönlichkeitsstörung (F60.1)
	(schiziotype Störung (F21))
B – dramatisch, emotional, launisch	dissoziale Persönlichkeitsstörung (F60.2)
	emotional instabile Persönlichkeitsstörung (F60.3)
	histrionische Persönlichkeitsstörung (F60.4)
C - ängstlich	anankastische (zwanghafte) Persönlichkeitsstörung (F60.5)
	ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung (F60.6)
	abhängige (asthenische) Persönlichkeitsstörung (F60.7)

Des Weiteren finden wir:

- sonstige spezifische Persönlichkeitsstörungen (F60.8): narzisstische Persönlichkeitsstörung, passiv-aggressive (negativistische) Persönlichkeitsstörung

Persönlichkeitsstörungen sind mit 11 % in der Bevölkerung relativ häufig. Die “Rangliste” ist dabei:

- Dissoziale Persönlichkeitsstörung bis zu 4,5 % (Männer ca. 7 %, Frauen ca. 2 %)
- Paranoide Persönlichkeitsstörungen bis zu 3 %
- Histrionische Persönlichkeitsstörung bis zu 3 %
- Schizotypische Persönlichkeitsstörung bis zu 3 %
- Dependente (abhängige) Persönlichkeitsstörung bis zu 2 %
- Borderline-Persönlichkeitsstörung bis zu 2 %
- Anankastische Persönlichkeitsstörung bis zu 2 %
- Schizoide Persönlichkeitsstörung bis zu 1,5 %
- ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung bis zu 1 %
- Narzisstische Persönlichkeitsstörung bis zu 0,5 %

Die Ausprägung einer Persönlichkeitsstörung ist äußerst unterschiedlich und kann sich zum Beispiel in Folge einer

veränderten Lebenssituation verstärken oder abschwächen, wobei bei einem Drittel der Betroffenen eine Persönlichkeitsstörung einen chronisch ungünstigen Verlauf nehmen kann. Es hat sich jedoch erwiesen, dass sich eine Psychotherapie bei etwas der Hälfte der Betroffenen als äußerst hilfreich erwiesen hat.

Zu beachten ist außerdem, dass ein Großteil der Betroffenen (2/3) zudem unter zusätzlichen psychischen Erkrankungen, wie Suchterkrankungen oder somatoformen Störungen, leidet und das Suizidrisiko mit fast 6 % sehr hoch liegt.

14.1.1 Paranoide Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.0)

Eine paranoide Persönlichkeitsstörung zeichnet sich durch Argwohn, tiefes Misstrauen und Eifersucht aus. Betroffene sind extrem empfindlich. Andere Menschen sehen sie prinzipiell als böse an, die eigene Person benachteiligend, ausnutzend oder schädigend wollend. Erlebnisse oder Erfahrung werten sie grundsätzlich als gegen die eigene Person gerichtet.

Sie neigen zu Rechthaberei und sind unbelehrbar rechthaberisch. In ihren Augen kämpfen sie gegen vermeintliches Unrecht, neigen zu Fanatismus.

Häufig erkranken sie zusätzlich an einer Angst- oder Zwangsstörung oder erleiden depressive Syndrome. Sie neigen zu Suchterkrankungen und anderen Persönlichkeitsstörungen. Auch Übergänge in wahnhafte Störungen können vorkommen.

Tatsächlich begeben sich die Betroffenen eher wegen oben genannter Probleme in Therapie, da sie die Schuld an ihren Ängsten und ihren Problemen ja tatsächlich in anderen Personen sehen. Außerdem verspüren sie auch gegenüber dem Therapeuten entsprechenden Argwohn.

Bei dieser Störung sind Männer häufiger betroffen denn Frauen.

Zur Diagnose müssen **vier der folgenden Symptome** zutreffen:

- ausgeprägte Empfindlichkeit gegenüber Zurücksetzung und Rückschlägen
- ständiger Groll, weil andere die eigenen Person vermeintlich zum Beispiel beleidigt, verletzt oder missachtet haben
- Verdrehung von Erlebtem ins Negative, dauerhaftes Misstrauen
- Streitsucht und situationsunangemessenes Beharren auf den eigenen Rechten
- Eifersucht und nicht gerechtfertigtes Misstrauen bezüglich der sexuellen Treue des Partners

- Neigung zu äußerst überhöhtem Selbstwertgefühl und ständige Selbstbezogenheit
- eingenommen sein von Verschwörungsgedanken als Erklärung für Geschehnisse in der Umgebung oder in der gesamten Welt

14.1.2 Schizoide Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.1)

Betroffene mit einer schizoiden Persönlichkeitsstörung neigen zum Einzelgängertum, leben allein, isoliert und distanziert von ihrem sozialen Umfeld. Ihre emotionale Ausdrucksfähigkeit ist eingeschränkt. Daraus ergibt sich ein starkes Autonomiebestreben ohne enge Freunde oder einen Lebenspartner. Meist konzentrieren sie sich auf technische oder wissenschaftliche Spezialgebiete. Sie erscheinen distanziert und kalt, manchmal steif und unbeholfen.

Häufig erkranken sie zusätzlich an einer Angst- oder somatoformen Störungen oder erleiden depressive Syndrome. Sie neigen außerdem zu anderen Persönlichkeitsstörungen (zum Beispiel selbstunsichere, paranoide oder zwanghafte).

Therapeutisch sind Kontaktaufnahme und Herstellung einer Beziehung schwierig, vor allem, da Betroffene sich selten in Behandlung begeben.

Zur Diagnose müssen **vier der folgenden Symptome** zutreffen:

- seltenes Empfinden von Vergnügen
- emotional kühl, distanziert – die Affektivität ist flach
- kaum fähig, zärtliche, warme Gefühle oder auch Ärger offen zu zeigen
- vermeintliche Gleichgültigkeit gegenüber Kritik oder Lob
- fehlendes Interesse an Sexualität mit anderen Menschen
- Beschäftigungen meist einzelgängerisch
- Starke Inanspruchnahme durch Introspektion und Fantasie
- Fehlen von vertrauensvollen Beziehungen und engen Freunden (maximal eine Person) – gleichzeitig auch kein großes Interesse daran
- fehlende Sensibilität gegenüber gesellschaftlichen Regeln

14.1.3 Dissoziale Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.2)

Betroffene mit einer dissozialen Persönlichkeitsstörung neigen zu impulsivem Verhalten, bei dem ihnen die möglichen Folgen vollkommen egal sind. Im Nachhinein verspüren sie keinerlei Schuldbewusstsein. Empathie und Verantwortungsgefühl haben sich nicht – dafür eine geringe Frustrationstoleranz. Regeln und Normen gelten für sie

nicht – es geht ums eigene Überleben. Sie holen sich das, was ihnen, wie sie meinen, zusteht. Das kann dann radikal durch Gewalt geschehen, aber auch subtiler durch Betrug, Manipulation und Lügen. Die Risikobereitschaft ist dabei hoch. Zu intensive zwischenmenschliche Bindungen sind sie meist nicht fähig, sondern sie leben in rasch wechselnden Beziehungen. Hier sind sie häufig verletzend, unzuverlässig oder auch manipulativ.

Häufig erkranken sie zusätzlich an einer weiteren Persönlichkeitsstörung (Borderline, histrionische oder selbstunsichere), neigen zu Suchterkrankungen oder Substanzmissbrauch.

Menschen mit einer dissozialen Persönlichkeitsstörung anzusprechen ist sehr schwierig, da sie äußerst krankheitsuneinsichtig sind.

Zur Diagnose müssen **drei der folgenden Symptome** zutreffen:

- Kälte, Unbeteiligtsein, Rücksichtslosigkeit, fehlende Empathie
- Andauerndes verantwortungsloses Handeln, Nicht-Beachten von Regeln, Normen und Verpflichtungen
- Unfähigkeit, längere Beziehungen beizubehalten, obwohl Beziehungen problemlos eingegangen werden können
- äußerst geringe Frustrationstoleranz, Neigung zu aggressivem bis hin zu gewalttätigem Verhalten.
- fehlendes Schuldbewusstsein, kein Lernen aus Erfahrung, auch nicht aus Strafen
- andere werden beschuldigt, eigenes Fehlerhalten rationalisiert

14.1.4 Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.3)

Menschen mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung leiden unter einer gestörten Affektregulation. Selbst beschreiben sie es häufig als “Druck”, der häufig durch selbstverletzendes Verhalten (zum Beispiel “Ritzen”) abgebaut wird. In ihnen herrscht eine niedrige Reizschwelle mit hoher Erregbarkeit, die zu einem ausgeprägten Gefühlschaos führt. Viele bescheiben auch kaum zu ertragende Zustände innere Leere und Depressivität. Sie leiden unter Albträumen, “Flashbacks” und Schlaflosigkeit. Auch Pseudohalluzinationen sowie Derealisations- und Depersonalisationserleben sind nicht selten.

Beziehungen werden häufig wahllos oft auf stark sexueller Ebene leidenschaftlich eingegangen und schnell wieder gelöst (Störung der Nähe-Distanz-Regulation) oder es wird ein hochriskantes und aggressives Verhalten ausgelebt (Liegen auf Bahnschienen, riskantes Verhalten im Straßenverkehr). Dies und das selbstverletzende Verhalten verstärken die Grundannahmen, ein schlechter Mensch zu sein und dass auch die Menschen in ihrer Umgebung ihnen Leid antun wollen. Suizidgedanken und -handlungen sind häufig.

Oft neigen Betroffene zu Essstörungen, Suchterkrankungen oder Substanzmissbrauch. Es werden häufig zusätzlich depressive Syndrome, Angst- und Zwangsstörungen und andere Persönlichkeitsstörungen beobachtet.

Die emotional instabilen Persönlichkeitsstörung teilt sich widerum in zwei Subtypen:

- **F60.30 – impulsiver Typ** – mit mangelnder Impulskontrolle und emotionaler Instabilität. Betroffene neigen, besonders bei Kritik, zu bedrohlichem und gewalttätigem Verhalten.
- **F60.31 – Borderline-Typ** – entspricht dem impulsivem Typ. Zusätzlich leiden die Betroffene unter Störungen des eigenen Selbstbildes, unklaren Zielen und verwaschenen “inneren Präferenzen”. Symptomatisch sind Gefühle der inneren Leere, die Neigung zu unsteten Beziehungen, Suiziddrohungen und selbstverletzendes Verhalten.

14.1.5 Histrionische Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.4)

“Histrionisch” deutet vom lateinischen Wortstamm her auf ein theatralisches Wesen. Das Verhalten der Betroffenen ist übertrieben emotional und dramatisch. Sie wollen ständig im Mittelpunkt stehen, gelobt und bewundert werden. Sie neigen zur Egozentrik und zur manipulativem Verhalten. Dabei wirken sie charmant und extrovertiert, oft auch verführerisch und attraktiv. Kennzeichnend für diese Persönlichkeitsstörung ist außerdem die Suche nach ständig neuen Reizen, so dass sie auch im Denken ungenau und sprunghaft sein können.

Tief in ihnen steckt das Gefühl ungeliebt zu sein, überflüssig zu sein. Ihr Leben ist bestimmt davon, anerkannt, bewundert und umsorgt zu werden. Schwierig wir die Situation für sie vor allem, wenn der natürliche Alterungsprozess einsetzt und die Attraktivität leidet, sie schwer gekränkt werden oder eine Trennung von einer wichtigen Bezugsperson stattfindet.

Häufig erkranken Betroffene zusätzlich an einer depressiven Episode, Zwangs- und Angsstörung oder somatoformen Störungen. Außerdem neigen sie zu Substanzmissbrauch.

Zur Diagnose müssen **vier der folgenden Symptome** zutreffen:

- dramatisches, theatralisches Verhalten – Gefühle werden übertrieben ausgedrückt
- leichte Beeinflussbarkeit durch bestimmte Umstände oder andere Personen, Suggestibilität
- labile und oberflächliche Affektivität
- Bedürfnis nach Anerkennung durch andere, Wunsch im Mittelpunkt zu stehen, dauerhaftes Verlangen von Aufregung
- Verhalten und Erscheinen unangemessen verführerisch
- ausgeprägtes Bedürfnis nach körperlicher Attraktivität

14.1.6 Anankastische (zwanghafte) Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.5)

Eine anankastische Persönlichkeitsstörung zeichnet sich durch hohen Perfektionismus, Ordnung und Kontrolle aus, so dass Betroffene häufig als pedantisch und eigensinnig wahrgenommen werden. Sie verlieren sich häufig in Details, so dass sie gestellte Aufgaben nicht abschließen und Entscheidungen nicht treffen können. Gleichzeitig haben sie große Angst vor Kritik, die ja ihren Perfektionismus schmälern würde. Gleichzeitig können sie der eigenen Anspruchshaltung nur schwer entsprechen. So sind sie ewig Getriebene, die jederzeit die Kontrolle über eine Situation behalten wollen. Veränderungen im Leben werden von ihnen daher oft schwer ertragen.

Regeln, Normen und Ordnung sind ihnen enorm wichtig. Dauernd fühlen sie sich von Pflichten getrieben. Lebensfreude und Genuss bleiben dadurch außen vor. Soziale Kontakte erfreulicher Art werden vernachlässigt, zudem sie häufig das vermeintlich verantwortungslose oder inkompetente Verhalten ihrer Mitmenschen verurteilen. Erlebnisse werden gerne polarisiert – gut/böse, richtig/falsch, alles/nichts – beurteilt. Soziale Kontakte verlaufen so eher angespannt und kontrolliert. Delegieren ist ihnen fast unmöglich.

Häufig erkranken sie zusätzlich an einer Angststörung, erleiden depressive Syndrome oder klagen über somatoforme Störungen.

Zur Diagnose müssen **vier der folgenden Symptome** zutreffen:

- große Zweifel und Vorsicht
- Im Mittelpunkt der Beschäftigung stehen Regeln, Listen, Ordnung, Details, Ordnung oder Pläne.
- Durch den eigenen Perfektionismus wird der Abschluss von Aufgaben behindert.
- Der Betroffene zeichnet sich durch starke Gewissenhaftigkeit und überhöhte Leistungsbezogenheit aus. Dabei werden Vergnügungen und Beziehungen vernachlässigt.
- Konventionen werden übermäßig und pedantisch verfolgt.
- Der Betroffene ist eigensinnig und regide.
- Beharren auch bei anderen auf das Unterordnung unter seine Gewohnheiten
- Unfähigkeit, zu delegieren
- Unerwünschte Gedanken oder Impulse drängen sich immer wieder auf.

14.1.7 Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.6)

Betroffene mit einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung leben mit einer ständigen Angst vor negativer Bewertung. Sie fühlen sich minderwertig und vermeiden Konfliktsituationen, aber auch enge Bindungen, da sie Misserfolg und Ablehnung befürchten. Gleichzeitig wünschen sie sich nichts mehr als Wertschätzung, Akzeptanz und

emotionale Nähe. Somit erscheinen sie häufig sehr schüchtern und geben sich oft distanziert. Sie leiden unter fehlender Lebensfreude, dem Gefühl der Wertlosigkeit. Sie vermeiden Herausforderungen und soziale Kontakte aus der Befürchtung heraus, abgelehnt oder gedemütigt zu werden. Kritik ertragen die Betroffenen äußerst schlecht.

Häufig erkranken sie zusätzlich an einer Angst- oder Zwangsstörung, erleiden depressive Syndrome oder klagen über somatoforme Störungen.

Zur Diagnose müssen **vier der folgenden Symptome** zutreffen:

- dauerhaft bestehende Gefühle der Besorgtheit und Anspannung
- Überzeugtheit, im Verhältnis zu anderen unattraktiv, sozial unbeholfen und minderwertig zu sein
- Angst, in sozialen Situationen abgelehnt oder kritisiert zu werden.
- Vermeidung von persönlichen Kontakten, bei denen man sich nicht sicher sein kann, ob man gemocht wird
- Einschränkung des Lebensstils aus dem Bedürfnis heraus, körperlich sicher zu sein
- Berufliche und soziale Aktivitäten werden vermieden, bei denen zwischenmenschliche Kontakte stattfinden, da die Angst vor Kritik, Missbilligung und Ablehnung besteht.

14.1.8 Abhängige (asthenische) Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.7)

Betroffene mit einer asthenischen Persönlichkeitsstörung “hängen” sich in Beziehungen an einen vermeintlich stärkeren und führenden Partner, dem sie alle wichtigen Entscheidungen überlassen und sich von ihm umsorgen lassen. Ohne ihn fühlen sie sich hilflos und schwach. Eigene Wünsche und Bedürfnisse werden zurückgestellt, durch den Partner ausgeübtes Leid (Erniedrigung, Schläge etc.) werden ertragen, ja sie klammern sich immer weiter an ihn, schon alleine aus der Angst heraus, von ihm verlassen zu werden.

Häufig erkranken sie zusätzlich an einer Angst- oder Zwangsstörung oder erleiden depressive Syndrome. Sie neigen zu Suchterkrankungen und anderen Persönlichkeitsstörungen.

Zur Diagnose müssen **vier der folgenden Symptome** zutreffen:

- Bei Lebensentscheidungen wird die Hilfe anderer gesucht und ihnen die Entscheidung überlassen.
- Eigene Bedürfnisse werden anderen Personen untergeordnet, von denen man sich abhängig macht. Deren Wünschen wird unverhältnismäßig nachgegeben.
- Es besteht kaum Bereitschaft, Personen gegenüber, von denen man abhängig ist, angemessen eigene Ansprüche zu äußern.
- Alleinsein führt zu Unbehaglichkeit. Es besteht die Angst, nicht für sich selber sorgen zu können.

- Es besteht oft die Angst, von der Person verlassen zu werden, zu der man eine enge Bindung aufgebaut hat und auf die man angewiesen zu sein scheint.
- Es besteht nur eine eingeschränkte Fähigkeit, Alltagsentscheidungen zu treffen. Ratschläge und Bestätigungen von anderen sind notwendig.

14.1.9 sonstige spezifische Persönlichkeitsstörungen (ICD-10: F60.8)

14.1.9.1 Narzistische Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.80)

Die Gedanken von Betroffenen mit einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung drehen sich im überzogenen Maß um Erfolg, Macht, grenzenlose Liebe oder Schönheit. Sie brauchen Bewunderung und das Gefühl, einzigartig zu sein. Andere Menschen sehen sie häufig als minderwertig an und fühlen sich in einem Sonderstatus, als etwas Besonderes. Sie sind häufig überheblich, großspurig, prahlerisch. Ihnen fehlt es oft an jeglicher Empathie gegenüber Anderen. Wird dieser Status von Außen nicht gewährt, so können sie äußerst verärgert und aggressiv reagieren. Das Thema Neid (als Subjekt und Objekt) nimmt eine starke Position ein. Hinter der Fassade stecken häufig eine große Angst vor Kritik und ein fragiles Selbstwerterleben. Besonders kritisch wird ihre Situation beim Erleben von privaten und beruflichen Niederlagen. Hier besteht eine große Gefahr der Suizidalität.

Betroffen sind häufiger Männer denn Frauen.

Häufig erkranken Betroffene zusätzlich an einer sozialen Phobie, somatoformen Störung bzw. Essstörung oder erleiden depressive Syndrome. Meist tritt diese Persönlichkeitsstörung mit anderen – besonders der histrionischen – auf.

Zur Diagnose müssen **fünf der folgenden Symptome** zutreffen:

- Größengefühl
- Fantasien in Bezug auf Macht, Erfolg, ideale Liebe oder Schönheit
- Empfinden der Einmaligkeit
- Bedarf von außerordentlicher Bewunderung
- Anspruchshaltung, die völlig unbegründet ist
- ausnutzen von Beziehungen zwischenmenschlicher Art
- mangelhafte Empathie
- Überzeugung, das andere einen beneiden – oder eigene Neidgefühle
- hochmütiges, arrogantes Verhalten

14.1.9.2 Passiv-aggressive (negativistische) Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.81)

Bei dieser Persönlichkeitsstörung kann man von einem gewissen Trotzverhalten sprechen, dass sich über die Pubertät hinweg gehalten hat. Sie zeichnet sich durch passiven Widerstand gegenüber gestellten Anforderungen aus mit einer abwertenden und negativen Grundhaltung heraus.

Zur Diagnose müssen mindestens **fünf der folgenden Symptome** zutreffen:

- Routineaufgaben werden verschleppt (Es wird auf andere gewartet.)
- nicht angebrachter Protest bei gerechtfertigten Forderung
- bei unwillkommenen Bitten Reizbarkeit, Trotz oder Streitlust
- Verachtung von oder Kritik an Autoritätspersonen
- schlechte oder langsame Arbeit bei ungeliebten Aufgaben
- keine Anteilnahme an gemeinsamen Aufgaben
- “vergessen” von Verpflichtungen

14.1.10 Exkurs: Schiziotype Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F21)[35]

Die schiziotype Störung wird von den Betroffenen oftmals nicht in ihrem Krankheitswert erkannt. Sie zeichnet sich durch ein eigentümliches Verhalten sowie Misstrauen aus. Betroffene sind oft übersensibel und haben Probleme mit engen persönlichen Beziehungen.

Nach außen hin erscheinen sie oft gleichgültig und unzugänglich. Außerdem sind Denken und Wahrnehmung oftmals verzerrt. Sie katapultieren sich dadurch meist gesellschaftlich ins Abseits, werden aber gelegentlich auch durch ihr schrulliges und exzentrisches Verhalten als interessant angesehen. Diese Erkrankung kommt relativ selten vor (man vermutet sie bei 0,5 bis 3 % der Bevölkerung).

Laut dem ICD-10 müssen für eine Diagnose der schiziotypen Störung **mindestens drei der folgenden Symptome mindesten zwei Jahre** vorhanden sein:

- eingeschränkter oder inadäquater Affekt (unnahbar und kalt)
- exzentrisches oder seltsames Verhalten mit einem entsprechenden Erscheinen
- wenige soziale Kontakt und Neigung zum sozialen Rückzug
- eigentümliche Glaubensinhalte sowie magisches Denken, die entsprechend auf das Verhalten übergehen und widersprüchlich zu den kulturellen Normen sind

35 Die schiziotype Persönlichkeitsstörung wird dem Bereich F2 – Schizophrenie und wahnhafte Störung zugeordnet. Siehe hierzu auch Kapitel 10.

- paranoide Ideen oder Misstrauen
- zwanghaftes Grübeln mit sexuellen, aggressiven oder ängstlichen Inhalten auf den eigenen Körper bezogen – ohne diesem Widerstand zu leisten
- Körpergefühlsstörungen, Illusionen, Derealisations- und Depersonalisationserleben
- Sprache und Denken sind umständlich, wage, metaphorisch, seltsam – jedoch nicht zerfahren
- vorübergehende gelegentlich fast psychotische Episoden mit starken Illusionen, Halluzinationen oder wahnähnlichen Ideen – ohne äußerliche Veranlassung

14.2 Kombinierte und sonstige Persönlichkeitsstörungen (ICD-10: F61)

Unter „kombinierten und anderen“ Persönlichkeitsstörungen werden jene zusammengefasst, bei den sich Merkmale von verschiedenen Persönlichkeitsstörungen vermischen, und keine Persönlichkeitsstörung spezifisch diagnostiziert werden kann (F61.0: kombinierte Persönlichkeitsstörungen). Oder bei denen eine Klassifizierung nach F60 (spezifische Persönlichkeitsstörungen) oder F62 (andauernde Persönlichkeitsänderungen) nicht stattfinden kann und man von einem sekundären Status bei einer zugleich bestehenden Angststörung oder affektiven Störung ausgeht.

14.3 Andauernde Persönlichkeitsstörungen (ICD-10: F62)

Andauernde Persönlichkeitsstörungen können zum Beispiel nach einer Extrembelastung oder einer psychischen Krankheit auftreten. (Achtung! Die Störungen dieses Kapitels fußen nicht auf der Schädigung oder Erkrankung des Gehirns.) Jedoch sollte sie wirklich nur diagnostiziert werden, wenn deutliche Veränderungen im Denken, Wahrnehmen und Verhalten in Bezug auf die eigene Person und die Umwelt vorliegen, die vor einem bestimmten tiefgreifenden Ereignis oder der Erkrankung noch nicht vorlagen und das Verhalten beeinflussen. Dabei darf keine andere Persönlichkeitsstörung eine Rolle spielen.

Man unterscheidet:

14.3.1 Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10: F62.0)

Grundlage ist eine äußerst extreme Belastung, wie Folter, Katastrophen, Geiselnahme etc., die weit über das normale Erleben einer Person hinausgeht. Dabei kann (muss aber nicht) eine posttraumatische Belastungsstörung (F43.1) vorausgehen.

In Folge treten andauernde Symptome auf, die sich durch unangepasstes, unflexibles Verhalten äußern und zu Beeinträchtigungen im sozialen, zwischenmenschlichen und beruflichen Bereich führen.

Diese müssen zur Diagnose **mindestens zwei Jahre** bestehen. Außerdem darf im Vorfeld keine psychische Erkrankung (außer ggf. einer PTBS) bestanden haben.

Merkmale sind:

- sozialer Rückzug
- misstrauische, ja feindliche Haltung der Welt gegenüber
- Betroffene fühlen sich leer und hoffnungslos.
- Es besteht ein dauerhaftes Empfinden von Nervosität, als bestünde eine ständige Bedrohung.
- Der Betroffene fühlt sich entfremdet.

14.3.2 Andauernde Persönlichkeitsänderung nach psychischer Krankheit (ICD-10: F62.1)

Auch durch eine schwere psychische Erkrankung kann eine Persönlichkeitsveränderung nach Abklingen der Erkrankung stattfinden. Dabei muss die Persönlichkeitsänderung von möglichen Residualzuständen abgegrenzt werden. Außerdem darf im Vorfeld keine andere Persönlichkeitsstörung vorgelegen haben.

Die folgenden Symptome müssen zur Diagnose **mindestens zwei Jahre** bestehen:

- Starke Abhängigkeit von anderen Menschen und eine hohe Anspruchshaltung ihnen gegenüber.
- Der Betroffene ist überzeugt, dass ihn die Erkrankung verändert habe und er nun stigmatisiert sei.
- Unfähigkeit, enge und vertrauensvolle persönliche Beziehungen aufzunehmen oder beizubehalten.
- Soziale Isolation.
- Verringerung der Interessen und Freizeitbeschäftigungen, Passivität.
- Die berufliche und soziale Funktionsfähigkeit unterscheidet sich deutlich von jener vor der Erkrankung.
- Der Betroffene klagt darüber, krank zu sein. Er zeigt ein kränkelndes Verhalten und zeigt hypochondrische Beschwerden.
- Seine Stimmung ist labil oder dysphorisch (jedoch nicht in Folge einer anderen psychischen Störung).

14.4 Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle (ICD-10: F63)

In diesem Kapitel finden sich Störungen, bei denen Verhaltensauffälligkeiten auftreten, die sich immer wieder wiederholen und sich durch unkontrollierte Handlungen und Impulse äußern. Betroffene verspüren einen heftigen Drang, Handlungen durchzuführen, dem sie nicht widerstehen können. **Ein vernünftiges Motiv besteht nicht**, weder eines der persönlichen Bereicherung, noch eines der Abwendung einer Bedrohung noch Rache, jedoch verspüren Betroffene während der Handlung – nach einem deutlichen **Spannungsaufbau** – selber ein **Gefühl der Lust, Euphorie oder Erleichterung**, obwohl einem selbst oder anderen zum Teil erheblicher Schaden zugefügt wird. Danach findet ein deutlicher **Spannungsabfall** statt.

Eingeteilt werden diese Störungen in:

- F63.0 – pathologisches Glücksspiel
- F63.1 – pathologische Brandstiftung (Pyromanie)
- F63.2 – pathologisches Stehlen (Kleptomanie)
- F63.3 – pathologisches Haareausreißen (Trichotillomanie)

Tatsächliche Ursachen für die Störungen sind noch nicht geklärt, vermutlich hängen sie jedoch mit aufrechterhaltenden Lernprozessen durch positiv empfundene Emotionen bei der Handlung, bestimmten Persönlichkeitsfaktoren und neurobiologischen Faktoren durch eine veränderte Aktivitäten des zerebralen Dopamin- und Serotonin-Systems sowie als Ausdruck möglicher anderen psychischen Erkrankungen zusammen. (Das Auftreten einer abnormen Gewohnheit darf aber, um diagnostiziert zu werden, nicht nur ausschließlich zu Zeiten einer Episode dieser anderen Störung stattfinden.)

14.4.1 Pathologisches Glücksspiel (ICD-10: F63.0)

Glücksspiel bedeutet für die Betroffenen hier in erster Linie nicht, sich finanziell zu bereichern. Sie verfolgen – obwohl sie das häufig behaupten – keine Taktik, sondern begeben sich in eine rauschhafte Euphorie, bei der das Selbstwertgefühl drastisch gesteigert ist. Dieser Rausch artet mit der Zeit in einen immer stärker werdenden Kontrollverlust aus. Es wird mit immer höheren Einsätzen gespielt, auf der Suche nach dem Kick. Selbst wenn finanzielle Schwierigkeiten entstehen, kann das Spielen nicht beendet werden. Häufig führt das zu Überschuldung, Lügen, Kriminalität, beruflichen, finanziellen und auch persönlichen Problemen. Dabei wird das Glücksspiel lange verheimlicht.

Meist entstehen Komorbiditäten mit affektiven Störungen, Substanzabhängigkeit, bzw. -missbrauch und häufig auch ADHS. Man vermutet, dass bis zu 3 % der Bevölkerung erkrankt sind. Betroffen sind doppelt so häufig Männer wie Frauen. Unbehandelt verläuft diese Störung im Allgemeinen chronisch.

14.4.2 Pathologische Brandstiftung (Pyromanie) (ICD-10: F63.1)

Sogenannte Pyromaniker verspüren den unwiderstehlichen Drang wiederholt Feuer zu legen – und das ohne jegliche Motivation wie Rache, materiellem Gewinn oder politischem Extremismus). Dabei ist die Tatsache faszinierend, dass Betroffene häufig aus einer Berufsgruppe kommen, die sich mit der Brandbekämpfung beschäftigen (zum Beispiel Feuerwehrmänner, die nicht selten bei selbst gelegten Bränden vor Ort sind) oder die sich von ihrem Hobby her mit dem Thema Feuer beschäftigen (zum Beispiel dem Sammeln von Miniatur-Löschfahrzeugen etc.). Tatsächlich verspüren sie beim Brand selbst eine ausgeprägte Euphorie und Lust (oder auch hier schon ein Abfallen der zuvor aufgebauten Anspannung), interessieren sich sehr für den Vorgang des Verbrennens, sind aber in Anbetracht der Schäden meist emotional unbeteiligt.

Die pathologische Brandstiftung ist recht selten. Wenn, dann handelt es sich zumeist um Männer aus niedrigeren Gesellschaftsschichten und/oder niedrigem Bildungsniveau. Meist fallen sie durch Lernschwierigkeiten, Intelligenzminderung, körperliche Defizite, Störungen des Sozialverhaltens oder ADHS und andere Impulskontrollstörungen auf.

Der Verlauf ist häufig episodisch, unterbrochen mit symptomfreien Intervallen.

14.4.3 Pathologisches Stehlen (Kleptomanie) (ICD-10: F63.2)

Von Kleptomanie Betroffene verspüren immer wieder aufs Neue den Drang zu stehlen, wobei dahinter keinerlei materiellen Motive stecken. Im Vorfeld der Tat sind sie angespannt, während des Vorgangs des Diebstahls selbst erregt, euphorisch, lustvoll – um nachher kurzfristig eine tiefe Befriedigung zu verspüren. Dabei sind sie sich die ganze Zeit über bewusst, etwas Verbotenes zu tun, haben häufig auch Schuldgefühle oder Angst, was sie aber nicht davon abhält, wieder straffällig zu werden.

Pathologisches Stehlen ist sehr selten und steht häufig in Verbindung mit Angststörungen, affektiven Störungen, Essstörungen, ADHS oder Persönlichkeitsstörungen. Frauen sind dreimal häufiger betroffen als Männer. Vom Verlauf her kann die Kleptomanie sowohl chronisch als auch episodisch stattfinden.

14.4.4 Pathologisches Haaresausreißen (Trichotillomanie) (ICD-10: F63.3)

Bei der Trichotillomanie haben die Betroffene das unstillbare Verlangen, sich die Haare, meist auf dem Kopf, büschelweise auszuziehen, was auch sehr schnell für Außenstehende sichtbar wird, auch wenn Betroffene versuchen, ihr Tun durch Mützen oder Kappen zu verheimlichen. Lider, Augenbrauen, Bart oder Schambehaarung sind seltener betroffen. Vor dem Ausreißen selbst besteht das Gefühl einer starken Anspannung, währenddessen Erleichterung oder Lust.

Bei Kindern kann diese Störung vorübergehend auftreten. Hat sie sich manifestiert, kann sie sowohl fluktuierend, episodisch oder auch chronisch-kontinuierlich bestehen. Beginn ist meist im Alter von 10 Jahren, wobei eher Frauen betroffen sind. Die Lebenszeitprävelenz liegt bei bis zu 2 %.

14.4.5 Sonstige abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle (ICD-10: F63.8)

Es existieren noch einige weitere mögliche Störungen, die sich durch Impulse zu Handlungen auszeichnen, denen gegenüber Betroffene nicht widerstehen können und das Bedürfnis haben, Anspannung, die sich im Vorfeld aufgebaut hat, durch bestimmte Tätigkeiten abzubauen. Solche sind zum Beispiel das pathologische Kaufen oder der pathologische Internetgebrauch.

14.5 Störungen der Geschlechtsidentität (ICD-10: F64)

Menschen mit einer Störung der Geschlechtsidentität – sprich: **Transsexualität** – fühlen sich ihrem eigenen angeborenen biologischen Geschlecht nicht zugehörig, unbehaglich, lehnen es sogar deutlich ab. Sie sprechen oft davon, sie seien „im falschen Körper". Sehr stark existiert der Wunsch, das Geschlecht körperlich und juristisch zu verändern. Selbst schwerwiegende Operationen und hormonelle Medikamentationen werden dafür auf sich genommen. Diagnostisch relevant ist dieser Wunsch, wenn er **mindestens zwei Jahre durchgehend** bestanden hat.

Bisher sind keinerlei körperliche Ursachen für dieses Bedürfnis festgestellt werden, sondern eher Trennungserlebnisse und Prägungsvorgänge in der Kindheit. Abgegrenzt werden muss die Transsexualität daher auch deutlich gegenüber dem Zwittertum (also eine gleichzeitig besehende biologische männliche und weibliche Geschlechtsausprägung). Eine weitere Abgrenzung muss zum Fetischismus (zum Beispiel der Erregung beim Tragen von Kleidung des anderen Geschlechts) und den **Transvestismus** (dem Wunsch, vorübergehend die Rolle des anderen Geschlechts einzunehmen) geschehen.

Epidemiologisch ist das Vorkommen des Transsexualismus bei Männern zu Frauen höher als umgekehrt. Bitte beachten Sie, dass das Thema der Transsexualität nicht der Sexualtrieb ist, sondern es geht den Betroffenen um die geschlechtliche Identität inklusive der gesellschaftlichen Anerkennung. Transsexuelle sind im übrigen meist heterosexuell, nur 25 % haben homosexuelle Beziehungen.

Meist deutet sich die Transsexualität bereits in der Kindheit an, deutlich prägt sie sich jedoch in der Pubertät aus.
Das kann zu massiven gesellschaftlichen Problemen und auch eigenen inneren Konflikten führen.

Bitte beachten Sie: Es handelt sich um keine sexuelle Perversion, die einer Behandlung bedarf! Nichtsdestotrotz benötigen Transsexuelle oftmals therapeutische Hilfe aufgrund der Probleme, die sich aus dem gesellschaftlichen Umfeld oder auch psychischen Mechanismen, wie Schuldgefühlen ergeben. Eine Psychotherapie findet in Deutschland eh spätestens parallel zu der körperlichen Umstellung statt, bzw. schon im Vorfeld im Verlauf des sogenannten „Alltagstests", in dem der Betroffene seine neue Geschlechterrolle für ca. ein Jahr probeweise lebt. Erst in dessen Folge wird mit Hormonbehandlungen und Operationen begonnen. Zur Personenstandsänderung nach dem Transsexuellen-Gesetz von 1980 muss der Betroffene sich schließlich seit mindestens drei Jahren nicht mehr seinem ursprünglichen Geschlecht zugehörig fühlen, er/sie sich einer geschlechtsumwandelnden Operation unterzogen haben und dauerhaft fortpflanzungsunfähig sein. Außerdem darf er/sie nicht verheiratet sein. Für die Feststellung sind zwei Sachgutachten erforderlich.

14.6 Störungen der Sexualpräferenz (ICD-10: F65)

Bei der Begrifflichkeit der Störungen der Sexualpräferenz stoßen wir oftmals an die Grenzen der „normalen" Sexualität. Oftmals fallen Begriffe wie Paraphilien (erregenden Fantasien, dranghaften Bedürfnissen oder Verhaltensweisen, die mit Schmerz oder Demütigung zu tun haben), sexuelle Deviationen oder auch Perversionen, wobei der letztere Begriff im Allgemeinen aufgrund seiner Diskriminierung nicht mehr häufig genutzt wird.

Diagnostische Eckpunkte zur Eingruppierung in den Bereich der Störungen sind:

- Die Störung besteht **seit mindestens sechs Monaten**.
- Es besteht ein suchtartiger Charakter inklusive Impulskontrollverlust.
- Die Sexualpraktiken sind stereotyp und ritualisiert.
- Die soziale und die persönliche Kompetenz sind eingeschränkt.
- Das Gegenüber wird zum Objekt instrumentalisiert – und ist mit den Praktiken nicht einverstanden.
- Die sexuelle Befriedigung geschieht nur über die der Sexualpräferenz entsprechenden Bedingungen und weicht von der „normalen" Sexualität ab.

Dabei werden unterschiedliche Schweregrade – vom einmaligen oder seltenem Auftreten, über wiederholende Muster, über die Fixierung bis hin zur dauerhaften Entwicklung – beschrieben. Es gibt progrediente Verlaufsformen, in dem sich die Impulse und Handlungen immer mehr steigern oder auch Impulshandlungen (meist in Verbindung mit Gewaltdelikten). Bei Letzterem kann der Betroffene sein Verhalten im Nachhinein selbst nicht erklären.

Ursachen werden je nach therapeutischer Ausrichtung in der Abwehr reifer und genitaler Sexualität, vermutlich verursacht durch Traumata, in Entwicklungsdefiziten oder Konflikten mit der Primärperson (oftmals der Mutter) oder in einer Fehlkonditionierung gesehen. Einige Schulen gehen auch von biologischen Faktoren während kritischer Entwicklungsphasen in Verbindung mit psychischen Faktoren aus. Organische Ursachen können jedoch vermutlich ausgeschlossen werden.

Die Störung selbst beginnt meist in Pubertät oder im jungen Erwachsenenalter, der Höhepunkt des Leidensdrucks, inklusive dem ersten Arztkontakt, liegt bei 30 bis 40 Jahren. Verlässliche Zahlen zur Häufigkeit liegen nicht vor. Differenzialdiagnostisch sollten mögliche organische Störungen wie Morbus Pick sowie frontale Hirntumore oder auch psychotische Residualzustände aber auch nahezu alle psychiatrische Erkrankungen wie affektive Störungen, Intelligenzminderungen oder Epilepsien berücksichtigt werden.

In Folge finden Sie einige Formen für Störungen der Sexualpräferenz. Beachten Sie bitte, dass hier multiple Störungen vorkommen können, sprich unterschiedliche Fantasien und Verhaltensweisen ineinandergreifen können.

14.6.1 Exhibitionismus (ICD-10: F65.2)

Meist sind es Männer, die exhibitionistisch veranlagt sind. Sie demonstrieren ihren (erigierten) Penis einem Gegenüber in der Öffentlichkeit. Dies und der Schrecken bei seinem Opfer erregt ihn sexuell, was schließlich zur Masturbation führt. Im „normalen“ Leben ist der Betroffene im Allgemeinen schüchtern und im sexuellen Kontaktverhalten unsicher. Nicht zu verwechseln ist der Exhibitionismus mit der Präsentation der eigenen Nacktheit aus politischem Protest. Der Drang zum Exhibitionismus wird als persönlichkeitsfremd und schwer kontrollierbar empfunden – oftmals folgen schwere Schuldgefühle.

Exhibitionismus gilt als Straftatbestand nach § 183 StGB (Erregung öffentlichen Ärgernisses) und macht ca. 20 % der Delikte mit sexuellem Hintergrund aus.

14.6.2 Voyeurismus (ICD-10: F65.3)

Der Voyeurismus ist sozusagen der umgekehrte Exhibitionismus. Im Alltag spricht man oft von Spannern, die ihre sexuelle Befriedigung durch die heimliche Beobachtung von unbekleideten (realen) Frauen oder den Geschlechtsakt anderer holt. Auch diese Störung trifft meist bei Männern auf – und auch diese sind oft schüchtern und ängstlich. Meist sind sie bei diesem Vorgang auf der Suche nach seiner männlichen Identität.

Macht der Voyeur Aufnahmen von dem, was er beobachtet, macht er sich nach § 201a StGB (Recht am eigenen Bild) strafrechtlich schuldig.

14.6.3 Sexueller Masochismus/Sadismus/Sadomasochismus (ICD-10: F65.5)

Sadismus steht für den Begriff der „Quälsucht“, Masochismus für die „Lust am Leiden“. Hier wird sexuelle Befriedigung aus dem Quälen des Gegenübers oder dem eigenen Erleben der Qual gezogen. Oftmals gibt es auch eine Mischform, den Sadomasochismus. Alle drei Formen der Störung der Sexualpräferenz gehören eng zusammen und werden ursächlich in einer gestörten Sexualentwicklung in der Kindheit mit einer pathologischen Beziehung zur eigenen Primärperson gesehen. Es geht primär um die Gefühle Macht und Ohn-Macht, um Kampf, Leistung, Gewinn und Verlust. Betroffene sind zumeist nicht in der Lage, liebevolle, menschliche Kontakte zu leben, obwohl sie sich danach sehnen. Strafdelikte sind hier recht selten, da es eine „Szene“ mit gegenseitigem Einvernehmen existiert.

Als ausgeprägte Form gilt der Sexualmord, bei dem Tötungsfantasien in die Realität übertragen werden. Hier werden Aggressionen erotisiert. Er ist allerdings sehr selten (3 bis 5 % aller Morde).

14.6.4 Frotteurismus (ICD-10: F65.8)

Beim Frotteurismus erlebt der Betroffene sexuelle Erregung durch das Reiben oder Anpressen seiner Genitalien an den Körper eines anderen (meist nicht mit dem Vorgang einverstandenen) Menschen. Dies geschieht häufig in Menschenmassen, vollen U-Bahnen oder bei Konzerten. Der Frotteur braucht die Anonymität und die Heimlichkeit der Aktion (ähnlich wie Exhibitionist und Voyeurist).

14.6.5 Fetischismus und transvestitischer Fetischismus (ICD-10: F65.0)

Bei dem **Fetischismus** benutzt der Betroffene leblose Gegenstände (Schuhe, Windeln, Latexkleidung, Gasmasken, aber auch Körperflüssigkeiten u. ä.) zur sexuellen Erregung. Diese Gegenstände dienen als symbolischer Ersatz für Elemente einer Beziehung.

Beim **transvestitischen Fetischismus** (nicht zu verwechseln mit Transvestitismus und erst recht nicht mit Transsexualität) wird die Erregung durch das Tragen von Kleidung des anderen Geschlechts (meist Mann zu Frau) erreicht.

Behandlungsbedürftig gilt der Fetischismus, wenn das Objekt ganz als Ersatz für den zwischenmenschlichen Sexualakt dient und/oder der Leidensdruck überhandnimmt. Die Ursachen des Fetischismus sind so vielfältig wie die Objekte des Begehrens.

14.6.6 Pädophilie (ICD-10: F65.4)

Pädophilie steht für die sexuelle Neigung von älteren Jugendlichen und Erwachsenen gegenüber Kindern. Die Neigung fokussiert sich meist auf bestimmte Altersgruppen und auch ein Geschlecht. (Die Neigung von Männern Jungen gegenüber bezeichnet man übrigens als Päderastie.) Es muss eine Altersdifferenz (mindestens fünf Jahre) sowie eine sexuelle Motivation des Täters bestehen.

Bei der **Pädophilie** geht es nicht um eine partnerschaftliche Beziehung (auch wenn es oft so vom Täter dargestellt wird), sondern um Macht über Kleinere, Unbeholfenere, Kindlichere, „Reinere“. Oft hat diese Störung auch mit einer narzisstischen Bestätigung zu tun oder einer Wiederherstellung der eigenen Kindlichkeit. Dafür bauen die – meist männlichen – Täter im Vorfeld meist eine Vertrauensbasis auf, beschenken ihr Opfer und stellen sich selbst als Freund dar.

Unterschieden wird der **Kindesmissbrauch**, bei denen Kinder und Jugendliche in Sexualaktivitäten einbezogen werden, die sie nicht erfassen können. Eine Misshandlung liegt vor, wenn es zu einer Gewaltanwendung kommt. Hier kommen die Täter meist aus dem familiären Umfeld (bis hin zum Inzest). Kindesmissbrauch wird meist von Tätern ausgeführt, die selbst sozial ausgegrenzt sind und sich durch eine zerrüttete Persönlichkeitsstruktur auszeichnen.

Genaue Zahlen zur Pädophilie sind nicht bekannt, zu vermuten ist zudem, dass die Dunkelziffer relativ hoch ist. Die Prognose ist – ohne Intervention therapeutischer Art – meist schlecht, vor allem, nachdem ein Betroffener schon einmal seine Neigung ausgelebt hat und straffällig geworden ist. Die Erkrankung breitet sich zudem meist chronisch progredient aus.

Bereits der Besitz von Kinderpornographie gilt als Straftatbestand.

14.6.8 Exkursion Homosexualität

Homosexualität ist **keine** Störung! Ihre sexuelle Ausrichtung kann aber für die Betroffenen selbst unterschiedliche Problematiken haben.

Etwas ein Drittel aller Männer und 10 bis 15 % aller Frauen sollen zumindest einmal in ihrem Leben ein homosexuelles Erlebnis gehabt haben, wobei eine tatsächliche Neigungshomosexualität nur bei 4 % der Männer und 1 bis 2 % der Frauen vorliegen soll. Gleichgeschlechtliche Partnerschaften bei Frauen sind übrigens oftmals konstanter als bei Männern.

Neigungshomosexualität bedeutet, dass dauerhaft eine eindeutige und entschiedene Zuwendung zu einem gleichgeschlechtlichen reifen Partner besteht. Leidensdruck besteht allein durch ein mögliches ablehnendes Verhalten der Umwelt oder durch Schuldgefühle aus der Erziehung heraus.

Sonderformen sind die

- **Hemmungshomosexualität:** Vorkommen bei unreifen, ich-schwachen Männern, die Frauen gegenüber gehemmt und unsicher sind. Dadurch neigen sie „vorsichtshalber“ zu homosexuellen Handlungen. Ursachen können zudem psychotischer oder hirnorganischer Art sein.
- **Entwicklungshomosexualität:** Vorübergehender homosexueller Kontakt im Rahmen der psychosexuellen Entwicklung.
- **Pseudohomosexualität:** Männer, die eigentlich keine homosexuellen Neigungen haben, führen entsprechende Handlungen aus – meist aus materiellen Beweggründen oder um sich daraus Vorteile zu verschaffen (Prostitution, Gefängnis etc.)

14.7 Psychische und Verhaltensprobleme in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung (F66)

Dieses Kapitel beschreibt Krisen in Bezug auf die eigene sexuelle Reifung, Orientierung und Beziehung.

Sie unterteilen sich in:

- **F66.0 – Sexuelle Reifungskrise:** Hier herrscht bei Heranwachsenden Unsicherheit im Blick auf ihre sexuelle Orientierung (homo-, hetero- oder bisexuell) oder Geschlechtsidentität. Dies hat häufig Ängste und Depressionen zur Folge. Gelegentlich kann diese Problematik auch bei bereits Herangewachsenen entstehen, die sich plötzlich einer Veränderung ihrer sexuellen Orientierung gegenübersehen.
- **F66.1 – Ichdystone Sexualorientierung:** Betroffene erleben ihre sexuelle Ausrichtung oder Geschlechtsidentität nicht eindeutig, wünschen sich aber eine klare Richtung.
- **F66.2 – Sexuelle Beziehungsstörung:** Die eigene Störung der sexuellen Präferenz oder die Geschlechtsidentität machen es Betroffenen schwierig, sexuelle Beziehungen aufzunehmen und aufrechtzuerhalten.

14.8 Sonstige Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen bei Erwachsenen

Hier spricht man von:

- **F68.0 – Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen:** Symptome aus einer vorangegangen Erkrankung körperlicher Art werden auch nach dem Ausheilen weiter „fortgesetzt“. Das Verhalten wir zunehmend aufmerksamkeitssuchend (histrionisch) zuzüglich Beschwerden, die keinen körperlichen Ursprung haben. Meist klagt der Patient über Schmerzen oder eine Behinderung, die ihn beeinträchtigen, und ist von Sorgen erfüllt.
- **F68.1 – artifizielle Störung:** Bei dieser Störung täuscht der Betroffene, trotz des Fehlens einer körperlichen oder psychischen Störung, Behinderung oder Krankheit eine solche vor. Das kann soweit gehen, dass er sich absichtlich Verletzungen zufügt oder sich vergiftet. Diese Störung kennt man auch unter dem Begriff „Münchhausen-Syndrom“. Erkrankte sind häufig so überzeugend, dass auch Ärzte sich mit in dieses System einbinden lassen. Zieht der Betroffene Schutzbefohlene als angeblich Erkrankte mit in dieses Konstrukt – zumeist das eigene Kind – spricht man vom „Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom“. Meist geht diese Erkrankung mit diversen anderen Persönlichkeits- und Beziehungsstörungen einher.

14.9 Mögliche Therapieformen

14.9.1 Therapiemöglichkeiten bei Persönlichkeitsstörungen sowie abnormen Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle

Ein Patient mit einer dieser Störungen benötigt ein hohen Grad an Einfühlungsvermögen, Kompetenz und Geduld. Halten Sie immer im Hinterkopf, dass er sich nicht als krank ansieht. In Therapie begibt er sich zumeist wegen ganz anderer Erkrankungen. Diese sind in der Behandlungshierarchie meist tatsächlich vorrangig, wenn von ihnen die größte Gefährdung ausgeht. Sind diese Problematiken soweit unter Kontrolle, kann man Persönlichkeitsstörungen, abnormen Gewohnheiten oder Störungen der Impulskontrolle behandeln. Wichtig sind eine saubere Diagnostik und ein guter Beziehungsaufbau mit dem Betroffenen. Denn meist sieht er keine Veranlassung, seine Störung therapieren zu lassen. Häufig werden Erkrankte zudem von Außenstehenden – wie der Familie – zur Therapie gedrängt.

Psychotherapie

Ziel einer Therapie von Persönlichkeitsstörungen ist üblicherweise, den Klienten zu befähigen, psychosoziale Problemstellungen besser zu lösen. Dies geschieht zum Beispiel durch

- Ressourcenorientierung
- Psychoedukation
- Erkennen und Bearbeiten dysfunktionaler Muster und Selbsteinschätzungen
- Entwicklung von Strategien und notwendigen Fähigkeiten
- Modelllernen
- Beratung und Vermittlung von sozialen Fertigkeiten
- Entwicklung von Strategien zur Affektregulation, Identifikation und Selbstwahrnehmung
- Transfer des Erlernten in den Alltag.

Eine Besonderheit gibt es bei der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung: Hier muss ggf. noch an den zugrunde liegenden Traumata (häufig ein Missbrauchserleben) gearbeitet werden. Von Vorteil kann bei allen Störungen auch das Einbeziehen des sozialen Umfelds sein.

Psychopharmakatherapie

Es gibt kein Medikament, dass eine Persönlichkeitsstörung heilt, allerdings können ergänzend zur Psychotherapie komorbide Erkrankungen mit Psychopharmaka behandelt und einzelne Symptome verbessert werden. So können zum Beispiel bei der Borderline-Störung atypische Neuroleptika eingesetzt werden oder beieiner dissozialen

Persönlichkeitsstörungen SSRIs oder Lithum zur Minderung der Aggressivität verwandt werden. Bei abnormen Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle sind Antidepressiva und SSRIs hilfreich.

14.9.2 Therapiemöglichkeiten der nicht-organischen sexuellen Funktionsstörungen

Bitte beachten Sie, dass nicht selten eine holistische Behandlung in Zusammenarbeit mit einem Allgemeinarzt, Frauenarzt oder Urologen angeraten sein kann, denn man sollte niemals organische und somatische Ursachen einer Funktionsstörung ausschließen. Psychotherapeutisch geht man zunächst auf die Suche nach den Ursachen, um danach eine Therapie zu entwickeln. Denn, wie wir bereits gesehen haben, können die Ursachen vielfältig sein.

Ggf. muss man zunächst Konflikte oder Traumata durch Tiefen- und/oder Gesprächspsychotherapie in der Kindheit aufarbeiten, vielleicht ist eine Paartherapie angebracht, vielleicht kann eine Verhaltenstherapie mit praktischen Übungen (zum Beispiel der Sexualtherapeuten Masters und Johnson) von Nutzen sein, ebenfalls natürlich auch physiotherapeutische Verfahren. Insgesamt liegen die Erfolgsquoten bei ca. 50 bis 70 %.

Keine Frage: Bei jeder Form der Sexualtherapie muss der vorhandene Partner mit einbezogen werden.
Zentral bei allen Therapien muss auf jeden Fall eine Entlastung vom sexuellen Leistungsdruck sein, das bedeutet:

- Aufbau einer besseren Körperwahrnehmung
- Aufbau der Wahrnehmung der eigenen sexuellen Bedürfnisse
- Abbau von Scham- und Angstgefühlen
- Arbeit an der Partnerkommunikation im Bereich der Sexualität

14.9.3 Therapiemöglichkeiten bei Störungen der Sexualpräferenz

Betroffene mit einer Störung der Sexualpräferenz sind therapeutisch oft schwer zu erreichen. Eine Therapiemotivation ergibt sich oftmals aus dem hohen Leidensdruck und den Problemen mit dem persönlichen Umfeld.

Psychotherapie

Psychotherapeutisch arbeitet man daher zumeist zunächst edukativ und supportiv, um Hemmungen abzubauen und einen Zugang zum Betroffenen zu bekommen. Eine bleibende Therapieresistenz ist jedoch trotzdem nicht ungewöhnlich.

In Folge wird eine Rückfallprävention durch Erarbeitung von Verhaltensstrategien und -kompetenzen erarbeitet. Schließlich kann es um die Introspektion der biografischen Zusammenhänge gehen. Außerdem können eine verdeckte Sensibilisierung und Stimuluskontrollmethoden eingesetzt werden.

Psychopharmakatherapie

Gleichzeitig werden bei schwer ausgeprägten und andauernden Störungen Psychopharmaka bis hin zur hormonellen Kastration eingesetzt.

Rückfallquoten bei behandelten Störungen liegen bei ca. 30 % und ist damit deutlich niedriger als bei nicht-behandelte. Bei Pädophilie liegt sie deutlich höher, eine Heilung wird häufig angezweifelt. Hilfreich können hier auch Selbsthilfegruppen sein. Ein Therapieabbruch gilt als äußerst ungünstig.

Kapitel 15:

Intelligenzminderung

(ICD-10: F7)

15.1 Einführung

Intelligenz drückt die geistige Leistungsfähigkeit, wie zum Beispiel der kognitiven Leistungsfähigkeit, Sprache, motorische und soziale Fähigkeiten, aus. Eine Minderung zeigt sich in einer stehen gebliebenen oder unvollständigen Entwicklung dieser Fähigkeiten.

Für die Intelligenz gibt es mittlerweile eine Vielzahl an Test. Gemessen werden im Allgemeinen:

- allgemeines Verständnis
- Sprachverständnis
- Wortschatz
- Allgemeinwissen
- logisches Denken
- Verarbeitungsgeschwindigkeit

Ergebnis ist immer der sogenannte Intelligenzquotient (IQ), der als Richtwert zur Intelligenzbestimmung genutzt wird.

IQ	**Intelligenz**	**Konsequenz**
0 – 19	Schwerste Intelligenzminderung	Schwerste geistige Behinderung
20 – 34	Schwere Intelligenzminderung	Schwere geistige Behinderung
35 – 49	Mittelgradige Intelligenzminderung	Mittelgradige geistige Behinderung
50 – 69	Leichte Intelligenzminderung	Leichte geistige Behinderung
70 – 85	Niedrige Intelligenz	Lernbehinderung
86 – 115	Durchschnittliche Intelligenz	
116 – 130	Überdurchschnittliche Intelligenz	
131 – 145	Hochintelligent	

Zur Diagnostik einer Intelligenzminderung (oder auch Oligophrenie, bzw. geistige Behinderung) muss der gesamte Mensch individuell mit seinen spezifischen Leistungseinschränkungen, seinem sozialen und kulturellen Umfeld, seinem Anpassungsverhalten und seiner psychometrischen Leistungsfähigkeit betrachtet werden.

Die **Ursachen** für eine Intelligenzminderung können vielfältig sein und zu unterschiedlichen Zeitpunkten der menschlichen Entwicklung auftreten:

- Pränatal (vor der Geburt)
  - genetisch (zum Beispiel Rett-Syndrom)
  - cromosomal (zum Beispiel bei der Trisomie 21)
  - stoffwechselbedingt (zum Beispiel bei der Phenylketonurie)

    - umweltbedingt (zum Beispiel durch die Erkrankung der Mutter an Röteln, durch Alkohol oder Rauchen während der Schwangerschaft)
    - Defekte während der Hirnentwicklung
- Perinatal (während der Geburt)
    - Geburtstrauma
- Postnatal (nach der Geburt)
    - Infektionen (zum Beispiel Meningitis)
    - endokrinologisch (zum Beispiel durch eine Schilddrüsenunterfunktion)
    - Verletzungen (Schädel-Hirn-Trauma)
    - Tumorbildungen oder Dystrophien
    - u. v. m.

Abgegrenzt muss die Intelligenzminderung zum Abbauprozess bei einer Demenz.

Ca. 3 % der Bevölkerung sind von einer Intelligenzminderung betroffen. Gleichzeitig haben Menschen mit einer Intelligenzminderung ein drei- bis vierfach erhöhtes Risiko an weiteren psychischen Störungen zu erkranken. Dazu kommen noch häufige körperliche Behinderungen.

15.2 Leichte Intelligenzminderung (ICD-10: F70)

Von einer leichten Intelligenzminderung spricht man bei einem Intelligenzquotienten zwischen 50 und 69. Betroffene haben im Alter von ca. 19 Jahren geistig das Niveau eines ungefähr Neun- bis Zwölfjährigen.

Tägliche Anforderungen können im Allgemeinen gemeistert werden, die Selbstversorgung inklusive Waschen, Essen, Anziehen funktioniert, wenn auch eher langsam.

Es herrschen große Probleme beim Lesen und Schreiben, Betroffene leiden unter Gedächtnisschwäche und Konzentrationsstörungen, so dass die Schul- und Berufsausbildung mit großen Problemen behaftet ist. Jedoch können sie zu praktischen leichten Hilfstätigkeiten im Beruf angelernt werden.

Emotional und sozial herrscht häufig eine gewisse Unreife, so dass Beziehungen und Kindererziehung mit großen Problemen, bis hin zur Unmöglichkeit, behaftet sein können.

15.3 Mittelgradige Intelligenzminderung (ICD-10: F71)

Bei einer mittelgradigen Intelligenzminderung liegt der Intelligenzquotient zwischen 35 und 49. Das entspricht in etwa dem Stand eines Sechs- bis Neunjährigen.

Hier gibt es bereits in der Kindheit deutliche Entwicklungsverzögerungen. Besondere Einschränkungen existieren im Sprachgebrauch und Sprachverständnis sowie bei motorischen Fähigkeiten und in der Selbstversorgung. Dabei sind die Fähigkeiten von Mensch zu Mensch unterschiedlich ausgeprägt. So können sich einige Betroffene zum Beispiel relativ problemlos an Gesprächen beteiligen, andere sind nur in der Lage, sich mit einem Basiswortschatz zu verständigen, manche können garnicht sprechen. Betroffene benötigen daher häufig eine lebenslange Beaufsichtigung.

Einige grundlegende Fähigkeiten zum Schreiben, Lesen und Zählen können durch spezielle Lernprogramme erzielt werden, so dass Betroffene schließlich leichte praktische Tätigkeiten (zum Beispiel in Behindertenwerkstätten) verrichten können, die im Vorfeld strukturiert und in der Durchführung beaufsichtigt werden. Ein komplett unabhängiges Leben ist im Allgemeinen nicht möglich.

Meist liegen organische Ursachen vor, man findet jedoch auch frühkindlichen Autismus und/oder tiefgreifende Entwicklungsstörungen in der Kindheit.

15.4 Schwere Intelligenzminderung (ICD-10: F72)

Von einer schweren Intelligenzminderung spricht man bei einem Intelligenzquotienten zwischen 20 und 34. Betroffene haben geistig das Niveau eines Drei- bis Sechsjährigen.

Sie sind nicht schulbildungsfähig, können weder lesen noch schreiben lernen. Sie sind in praktischen Dingen förderungsfähig, jedoch auf dauerhafte Betreuung angewiesen. Meist bestehen noch zusätzliche Behinderungen wie motorischer Schwäche oder Lähmungen.

Ursachen liegen häufig in einer Fehlentwicklung oder schweren Schädigung des Zentralnervensystems.

15.5 Schwerste Intelligenzminderung (ICD-10: F73)

Von einer schwersten Intelligenzminderung spricht man bei einem Intelligenzquotienten von unter 20. Das entspricht einem Intelligenzalter von unter drei Jahren.

Betroffene sind zum größten Teil Pflegefälle, bei denen Sprachvermögen, Beweglichkeit und auch Kontinenz hochgradig eingeschränkt sind. Sie sind unfähig, Anweisungen oder Aufforderungen zu verstehen. Entsprechend können sie sich auch nicht danach richten. Meist besteht eine Mehrfachbehinderung, zum Beispiel mit Epilepsie, Hör- und Seh-Einschränkungen oder atypischer Autismus.

Ständige Hilfe und Überwachung sind hier notwendig.

15.6 Mögliche Therapieformen

Eine Intelligenzminderung kann nicht geheilt werden, daher liegt der Hauptaugenmerk auf der Linderung der Symptome, verhaltenstherapeutischen Maßnahmen und Fördermaßnahmen.

- **Symptomatisch** behandelt man hauptsächlich funktionelle Störungen im motorischen Bereich, die man durch Übungen versucht zu verbessern.
- **Verhaltenstherapeutisch** arbeitet man an Verhaltensauffälligkeiten oder zum Aufbau von Verselbständigung.
- Wichtig sind zudem **Fördermaßnahmen** in entsprechenden Kindergärten, Schulen, Heimen und Behindertenwerkstätten.
- Eine **Psychopharmakatherapie** mit niederpotenten oder atypischen Neuroleptika kann zum Beispiel zur Milderung bei Hyperaktivität dienen.

Berücksichtigt werden müssen zudem die zusätzlichen körperlichen und psychischen Erkrankungen, die im Rahmen einer Intelligenzminderung auftreten können.

Wichtig ist auf jeden Fall die Einbindung des familiären Umfeldes und deren unterstützenden Betreuung.

Kapitel 16:

Entwicklungsstörungen

(ICD-10: F8)

16.1 Einleitung

Ist bei Kindern ein bestimmter Bereich der geistigen oder auch körperlichen Entwicklung im Vergleich zu Gleichaltrigen verzögert, spricht man von einer Entwicklungsstörung oder auch Teilleistungsschwäche. Meist beginnt sie schon in Kleinkindalter und hängt mit der Ausbildung des Zentralnervensystems zusammen.

Betroffen Sie dabei meist die Bereiche

- visuell-räumliche Fähigkeiten
- Sprache
- Bewegungskoordination

Ein Großteil der Störungen „wächst sich aus“, manche Verzögerungen bleiben jedoch bestehen oder verschlechtern sich sogar auf dramatische Weise.

Jungen sind dabei um einiges häufiger betroffen als Mädchen, außerdem beobachtet man eine familiäre Häufung und vermutet somit genetische Faktoren als Ursache, wobei Umweltfaktoren bei der Ursachenbetrachtung nicht unter den Tisch fallen sollten. Grundsätzlich sind Entwicklungsstörungen jedoch **kein** Ausdruck einer psychischen oder organischen Störung, einer Intelligenzminderung oder mangelhaften Förderung.

16.2 Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache (ICD-10: F80)

Die Sprachentwicklung beginnt mit der Geburt und intensiviert sich in einem Alter von drei bis fünf Monaten. Nachdem anfänglich erste Laute und Vokale gebildet werden, entstehen die ersten Konsonanten ab dem sechsten Monat. Ab dem siebten Monat ahmen Kinder Sprache nach. Erste Worte werden zwischen dem zwölften und achtzehnten Monat gebildet, gefolgt von Zweiwortsätzen. Mit ca. drei Jahren sind Kinder meist in der Lage, sich grundlegend zu artikulieren.

Ist die Entwicklung von Verstehen und Produzieren von Sprache durch Probleme im Formen von Worten und Sätzen gehemmt, spricht man von einer **Sprachstörung**.
Diese sind

- Expressive Sprachstörung
- Rezeptive Sprachstörung
- Landauer-Kleffner-Syndrom (erworbene Aphasie mit Epilepsie) oder
- Artikulationsstörungen auf Grund einer phonologische Entwicklungsstörung

Hat ein Kind Defizite im Redefluss, spricht man von einer **Sprechstörung**. Diese sind:

- Artikulationsstörung aufgrund einer gestörten Zungenmotorik (Lispeln)
- Stottern (ICD-10: F98.5) als Störung des Sprechflusses[36]
- Poltern (ICD-10: F98.6) als Störung des Redeflusses[37]

Hauptprobleme bei all diesen Störungen sind die eingeschränkte Möglichkeit der eigenen Expression und somit Einschränkungen im zwischenmenschlichen Bereich sowie die Verminderung der Fähigkeit, Lesen und Schreiben zu lernen. Dies kann zusätzlich zu emotionalen Problemen und Schwierigkeiten im Verhalten führen.

16.2.1 Artikulationsstörungen (ICD-10: F80.0)

Eine Artikulationsstörung zeichnet sich dadurch aus, dass die Artikluationsfähigkeit des Kindes ohne jegliche organische, sensorische oder neurologische Störungen unter jener liegt, die seinem Intelligenzalter angemessen wäre, wobei die sprachlichen Fertigkeiten ansonsten im Normbereich liegen.

36 Siehe hierzu Kapitel 17.
37 Siehe hierzu Kapitel 17.

Das bedeutet, dass der Lauterwerb sich verzögert oder von der Norm abweichend. Die Sprache weist deutliche Artikulationsfehler aus, sodass sie für andere schwer zu verstehen ist. Ursachen können phonologischer Art sein oder auch in der Zungenmotorik liegen. Laute – häufig Zisch-Laute – werden verzerrt, ausgelassen oder ersetzt (zum Beispiel wird aus dem Namen „Susi“ „Bubi“).

So kennt man:

- inkonstante Dyslalie, bei der sich die Richtig- und die Falschaussprache abwechseln
- inkonsequente Dyslalie, bei der ein Laut je nach Position im Wort durch andere Laute ersetzt wird
- partielle Dyslalie, bei der ein bis zwei Laute durch das Kind falsch gebildet werden
- multiple Dyslalie, bei der mehr als zwei Laute falsch gebildet werden
- universelle Dyslalie, bei der durch das Betreffen der meisten Laute die Sprache zum größten Teil aus Vokalen besteht.

16.2.2 Expressive Sprachstörung (ICD-10: F80.1)

Eine expressive Sprachstörung ist eine Entwicklungsstörung, die sich dadurch auszeichnet, dass die gesprochene Sprache eines Kindes von ihrer Expressivität her deutlich unter dem Niveau des eigentlichen Intelligenzalters liegt. Das Sprachverständnis bleibt dabei im Normbereich. Der Beginn dieser Entwicklungsstörung liegt im zweiten Lebensjahr.

Dies zeigt sich zum Beispiel dadurch, dass im Alter von drei Jahren noch keine Zweiwortsätze gebildet werden können. Das Vokabular ist meist eingeschränkt, sodass das Finden zutreffender Worte für die Kinder schwierig ist. Sätze sind auch später kurz, die Satzstruktur unreif und geprägt durch syntaktische Fehler. Zum Beispiel werden Wortendungen weggelassen. Die Grammatik ist häufig falsch, Zeitenabfolgen in Nacherzählungen stimmen nicht.

Die nonverbale Kommunikation und die innere Sprache sind dabei nicht gestört.

16.2.3 Rezeptive Sprachstörung (ICD-10: F80.2)

Bei einer rezeptiven Sprachstörung liegt das Sprachverständnis unter dem normalen Niveau. Meist sind in diesem Zusammenhang auch die expressive Sprache und die Wort-Laut-Produktion gestört.

Bezeichnungen oder grammatikalische Konstrukte werden nicht verstanden. In Folge erschwert sich die zwischenmenschliche Kommunikation, es drohen Isolation, Scheu und Ängstlichkeit, obwohl der soziale Austausch nonverbal möglich ist.

16.2.4 Erworbene Aphasie mit Epilepsie (Landau-Kleffner-Syndrom) (ICD-10: F80.3)

Diese Störung tritt nach zunächst normaler Sprachentwicklung auf und zeichnet sich dadurch aus, dass das Kind (meist im Alter von drei bis sieben Jahren) seine expressiven und rezeptiven Sprachfertigkeiten verliert. Das findet häufig innerhalb weniger Tage und Wochen statt – gelegentlich über einige Monate hinweg. Im Vorfeld oder auch nach Beginn kann man im EEG parosysmale Auffälligkeiten entdecken. Häufig treten epileptische Anfälle auf.

Besonders schwer ist die Beeinträchtigung im Rahmen der rezeptiven Sprache, beginnend damit, dass Gehörtes nur noch schwer verstanden wird. Die Folgen können leichterer Natur sein, indem Wortflüssigkeit und Sprechmenge gestört sind. Diese Form der Aphasie kann aber auch bis hin zur Stummheit gehen. Konsequenzen sind vor allem anfänglich häufig zusätzlich emotionale Störungen und Verhaltensstörungen.

Bei etwas zwei Dritteln der Betroffenen bleibt der Sprachdefekt bestehen, bei ca. einem Drittel heilt er wieder aus.

16.2.5 Sonstige Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache (ICD-10: F80.4)

Unter dieser Bezeichnung teilt das ICD-10 das Lispeln ein, während man Stottern und Poltern unter „F98 – Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ findet. Wir werden uns daher im Kapitel 17 genauer damit beschäftigen.

Beim Lispeln ist besonders der Laut „s“ betroffen. Normalerweise drückt bei der Bildung dieses Lautes die Zunge hinter den Zähnen an den oberen Gaumen. Beim Lispeln wird sie meist an die Schneidezähne gedrückt. So ähnelt in Folge der Laut „s“ eher dem englischen „th“. Gelegentlich wird der Laut auch gestoppt oder es entsteht bei stärkerem Atemdruck ein zischender oder pfeifendes „s“.

16.3 Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten (ICD-10: F81) - Teilleistungsschwäche

Viele Eltern trifft es wie aus heiterem Himmel, wenn in der Schule eine Lese-Rechtschreib-Störung oder eine Rechenstörung festgestellt wird. Dabei sind sie gar nicht so selten. Ca. 10 % der Kinder und Jugendlichen sind betroffen. Vermutlich beruhend auf Beeinträchtigungen in der kognitiven Informationsverarbeitung, herrschen bei diesen Störungen Defizite im Erlernen bestimmter Fähigkeiten.

Eine Diagnostik ist manchmal etwas schwierig, daher ist es umso wichtiger, dass sie holistisch geschieht. Betrachtet werden mögliche vorherige Störungen in der Entwicklung – vornehmlich im Bereich Sprachen und Sprechen -, andere Probleme wie Überaktivität oder Verhaltensschwierigkeiten, bestimmte Störungsmuster und Beeinflussbarkeit. Dies besonders, da all diese Punkte die Diagnose ansonsten verwischen können. Und: Auch hier gilt, dass diese Störungen nicht in Zusammenhang mit einer Intelligenzminderung oder neurologischen Erkrankungen bestehen dürfen, das Kind nicht unbehandelt hör- oder sehbehindert ist und keine störenden äußeren Faktoren vorhanden sind, die das Lernen und die Aufmerksamkeit negativ beeinflussen. Gleichzeitig werden zur Diagnose der Vergleich mit der Altersnorm und der allgemeinen intellektuellen Begabung gezogen.

16.3.1 Legasthenie (Lese-Rechtschreibstörung) (ICD-10: F81.0) und isolierte Rechtschreibstörung (ICD-10: F81.1)

Kinder mit **Legasthenie** ersetzten, verdrehen oder fügen Buchstaben, Wortteile oder Worte beim Schreiben hinzu – oder lassen sie aus. Sie haben Schwierigkeiten, konsonant-vokal-verbindend zu lesen und Buchstaben zu erkennen. Häufig werden auch Wörter in ihrer Bedeutung nicht erkannt,

Gelesenes kann nicht wiedergegeben und erst recht nicht Zusammenhänge und Schlüsse gezogen werden. Das Lesen funktioniert nur langsam, ein Vorlesen wird erst nach Verzögerung begonnen, Zeilen werden verloren, das Phrasieren ist ungenau, die Fehlerzahl in Diktaten ist außerordentlich hoch.

Bei der **isolierten Rechtschreibstörung** fokussieren sich die Probleme auf das Schreiben. Meist begleitet dieses Problem eine schlecht lesbare Handschrift. Die Lesefähigkeit liegt hier jedoch im Normbereich.

16.3.2 Dyskalkulie (Rechenstörung) (ICD-10: F81.2)

Eine Rechenstörung bezieht sich auf Schwierigkeiten bei der Arbeit mit der Zahlensemantik, beginnend schon bei den Grundrechenarten. Verhältnisse von Zahlen untereinander und die dazugehörigen Rechenoperationen stoßen auf Unverständnis. Der Zusammenhang zwischen zum Beispiel ein Vielfaches, weniger/mehr oder Teil/Ganzes wird nicht begriffen. Ebenso besteht keine Vorstellung zum Zahlenstrahl- und raum. Die sprachliche Fähigkeit, mit Zahlen und somit Textaufgaben umzugehen, fehlt, ebenso die Möglichkeit, Faktenwissen zu speichern (zum Beispiel das Einmaleins oder Formeln).

16.4 Umschriebene Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen (ICD-10: F82)

Ca. 1,4 % aller Schüler leiden an dieser Entwicklungsstörung. Sie sind schon früh ungeschickt, sind häufig nicht in der Lage, sich die Schuhe zuzubinden oder feinmotorisch zu basteln. Auch Schwimmen und Fahrradfahren werden schwer erlernt. Dadurch werden sie häufig zu Außenseitern, was weitere psychische Problematiken nach sich zieht.

Unterteilt werden diese Entwicklungsstörungen in

- F82.0 – umschriebene Entwicklungsstörung der Grobmotorik
- F82.1 – umschriebene Entwicklungsstörung der Fein- und Graphomotorik
- F82.2 – umschriebene Entwicklungsstörung der Mundmotorik
- F82.9 – umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen, nicht näher bezeichnet

16.5 Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen (ICD-10: F83)

Unter dieser Kategorie werden Störungen zusammengefasst, bei denen sich die vorangegangenen Störungen (Sprechen, Sprache, schulische Fertigkeiten und motorische Funktionen) vermischen und keine davon dominiert, bzw. zwei oder mehr Symptome von F80, F81 und F82 dominieren.

16.6 Tief greifende Entwicklungsstörungen (ICD-10: F84)

Tief greifende Entwicklungsstörungen beschreiben solche Störungen, die massive Einschränkungen für die sozialen Interaktionen, die Aktivitäten, die Kommunikation und das Empfinden der Umwelt bedeuten. Das Verhalten zeichnet sich durch stereotype Handlungen aus. Hier besteht meist schon früh in der Kindheit eine entsprechend auffällige Entwicklung, die sich meist in den ersten fünf Lebensjahren manifestiert.

Zu den tief greifenden Entwicklungsstörungen gehören unter anderem:

- F84.0 – frühkindlicher Autismus (nach Kanner)
- F84.1 – Atypischer Autismus
- F84.2 – Rhett-Syndrom
- F84.3 – andere desintegrative Störungen des Kindesalters
- F84.4 – überaktive Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungsstereotypen
- F84.5 – Asperger-Syndrom

16.6.1 Frühkindlicher Autismus (ICD-10: F84.0)

Der frühkindliche Autismus ist eine ausgeprägte Störung der sozialen Interaktion und Kommunikation, die bereits im Säuglingsalter zu erkennen ist. Es fehlt jegliches Ansprechen auf emotionale Zuwendung durch das Umfeld. Ein Blickkontakt findet nicht statt, ebenso entwickelt sich das soziale Lächeln, wenn überhaupt, sehr spät. Eine differenzierte Mimik und Gestik fehlen.

Früh entwickeln Betroffene zwanghafte Handlungen und Gewohnheiten mit enger Bindung an bestimmte Gegenstände. Die Motorik ist stereotyp, manchmal sogar selbstschädigend (Selbstverstümmelung). Wichtig ist ihnen eine konstante Umgebung. Auf Veränderung reagieren sie ängstlich bis aggressiv. Fantasie und Kreativität sind kaum vorhanden. Sie leiden unter Schlaf- und Essstörungen, Phobien, Wutausbrüchen und Ängsten.

Sprache entwickeln nur die Hälfte der Kinder, die dann auch nur aus stereotypen Satz- und Wortfolgen bestehen (geprägt zum Beispiel durch Echolalie). Allerdings verstehen Sie andere – die Rezeption von Sprache ist nicht gestört. Bei einem Großteil der Kinder ist die Intelligenz gemindert.

16.6.2 Atypischer Autismus (ICD-10: F84.1)

Der atypische Autismus ähnelt in seiner Ausprägung dem frühkindlichen Autismus, tritt aber erst ab dem dritten Lebensjahr auf, oder es entstehen nur Störungen in ein oder zwei der drei Bereiche „soziale Interaktion", „Kommunikation" oder „stereotypes, eingeschränktes Verhalten".

Meist gab es im Vorfeld bereits schwere Störungen des Sprachverständnisses oder der geistigen Entwicklung. Ebenso ist die Intelligenz häufig schwer gemindert.

16.6.3 Rhett-Syndrom (ICD-10: F84.2)

Das Rett-Syndrom ist eine Störung, die hauptsächlich Mädchen im Alter zwischen dem siebten und vierundzwanzigsten Lebensmonat trifft.

Anfänglich ist die Entwicklung normal, plötzlich verlieren sich jedoch wieder alle Fähigkeiten – besonders in der Motorik. Besonders auffällig ist eine sich windende stereotype Handbewegung, die jener beim Händewaschen ähnelt.

Die Kaufähigkeit der Nahrung lässt nach, Betroffene sabbern häufig oder Strecken die Zunge heraus. Oft kommt es zur Hyperventilation, die Blasen- und Darmkontrolle lassen nach.

Die Sprache und die emotionale Kontaktaufnahme zur Umgebung verringern sich, eine Art „soziales Lächeln" bleibt jedoch bestehen.

Das Kopfwachstum wird langsamer und es beginnt ein dementieller Prozess. Zusätzlich können epileptische Anfälle, Koordinationsschwierigkeiten und starre Spastiken auftreten.

16.6.4 Andere desintegrative Störungen des Kindesalters (ICD-10: F84.3)

Die sogenannte Hellersche Demenz trifft Kinder im dritten oder vierten Lebensjahr, die sich in den zwei Jahren zuvor vollkommen normal entwickelt haben. Innerhalb weniger Monate verlieren sie eine Vielzahl an Fähigkeiten, die sie bis dahin völlig normal erworben haben.

Auffallend sind ein zwanghaftes Lachen oder Weinen, sowie Veränderungen im Charakter bezüglich ihres sozialen und kommunikativen Verhaltens. Das Interesse an der Umwelt geht verloren, das Kind entwickelt motorische sich wiederholende Manierismen.

Vom Verhalten her erinnern diese Kinder an Autisten. Das Spielverhalten entwickelt sich zurück, Sprache, Anpassungsfähigkeit und soziale Fähigkeiten gehen zunehmend verloren. Nicht selten kommt es auch zu einem Verlust über die Kontrolle der Blasen- und Darmkontrolle und auch der motorischen Fähigkeiten.

Es kann es zu einer Besserung des Zustandbildes kommen, im Allgemeinen ist die Prognose aber sehr schlecht.

16.6.5 Überaktive Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungsstereotypen (ICD-10: F84.4)

Diese Störung ist nicht eindeutig definiert und ist ein Syndrom, dass mit vielen verschiedenen Entwicklungsverzögerungen begleitet ist.

Definiert wird diese Störung bei Kindern mit:

- mittelgradiger oder schwerer Intelligenzminderung mit einem Intelligenzquotienten unter 50 bzw. 34
- Problemen mit Überaktivität und in ihrer Aufmerksamkeit
- stereotypen Verhaltensweisen

Dabei zeigen sie – im Gegensatz zu hyperaktiven Kinder mit einem Intelligenzquotienten im Normbereich – keine positiven Effekte durch die Einnahme von Stimulanzien. Im Gegenteil: Durch sie erleben die Kinder schwere dysphorische Reaktionen, gelegentlich auch mit psychomotorischen Entwicklungsverzögerungen.

Diese Überaktivität ändert sich in der Adoleszenz schließlich in verminderte Aktivität.

16.6.6 Asperger-Syndrom (ICD-10: F84.5)

Das Asperger-Syndrom – der Öffentlichkeit bekannt geworden durch den Film „Rain Man“ mit Dustin Hoffman – ähnelt dem Autismus, indem Betroffene mit Ihrer Umwelt keinen emotionalen Kontakt aufbauen und auch nicht auf sie emotional reagieren. Allerdings befindet sich ihre Intelligenz im Normbereich – kann sogar erhöht sein.

Die Entwicklungen von Sprache und Kognition sind nicht verzögert. Allein Modulation und Wortwahl sind gelegentlich auffällig geschraubt. Blickkontakt ist vorhanden, wenn auch oft flüchtig. Motorisch sind Betroffene häufig ungeschickt.

Oft entwickeln Betroffene einseitige Aktivitäten und Interessen, die sich häufig auf eher technisierte, wenig kreative, Spezialgebiete fokussieren.

Zum Großteil sind (im Verhältnis 8:1) Jungen betroffen, wobei die frühesten Auffälligkeiten ab ca. dem dritten Lebensjahr beginnen. Im frühen Erwachsenenalter kann es zu psychotischen Episoden kommen. Trotzdem ist die Sozialprognose recht gut.

16.7 Mögliche Therapieformen

Therapeutisch müssen die einzelnen Störungen entsprechend ihren Hauptsymptomen bearbeitet werden.

16.7.1 Therapien bei Sprach- und Sprechstörungen

Nachdem differenzialdiagnostisch diverse Störungen wie geistige Behinderung, Hirnschädigungen, Hörstörungen, sprachliche Deprivation, Mutismus oder frühkindlicher Autismus ausgeschlossen wurden, werden Betroffene einer logopädischen Therapie unterzogen.

Möglichkeiten sind hier ein spielerisches Imitationstraining oder ein individuell nach Alter, Interessen sowie Art und Schwere der Störung geplantes verhaltenstherapeutisch orientiertes Programm.

So können zum Beispiel Puste-Übungen und Grimassieren die Motorik der Zunge verbessern, Gleichgewichtsübungen haben einen positiven Einfluss auf die Nutzspannung im Mundbereich.

Durch kindgerechte Hörtrainings kann für eine falsche Aussprache sensibilisiert und die Wahrnehmung des eigenen, sowie des „richtigen" Sprechens geschult werden, um Fehler schließlich zu korrigieren.

Möglichst sollten auch die Eltern unterstützend mit herangezogen werden.

16.7.2 Therapien bei Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten

Für die Legasthenie und die Dyskalkulie gibt es spezifische Übungen zur Verbesserung der jeweiligen Defizite. Zugleich kann aber auch eine ergänzende psychotherapeutische Behandlung notwendig sein, da Kinder häufig sowohl an ihrem Selbstbewusstsein als auch am Verhalten ihrer Umwelt kranken und mit Schulangst, Schulverweigerung, dissozialen Entwicklungen oder Depressionen inklusive Suizidalität zu kämpfen haben. Wichtig ist auch, dass die Eltern mit in mögliche Therapien eingebunden werden.

Sozialrechtlich kann durch die Feststellung einer Störung in diesem Bereich positiv an der Schullaufbahn gearbeitet werden. So bestehen zum Beispiel die Möglichkeiten, dass Fehler in Arbeiten nicht gewertet werden, bzw. dass schulische Fördermaßnahmen in Anspruch genommen werden können.

16.7.3 Therapien bei umschriebenen Entwicklungsstörungen der motorischen Funktionen

Bei diesen Entwicklungsstörungen helfen spezielle Förderprogramme wie die sensorisch-integrative Therapie oder ein Wahrnehmungstraining im Rahmen von Krankengymnastik, Ergotherapie oder Motopädie.

Zugleich kann aber auch hier eine psychotherapeutische Behandlung unter Einbeziehung der Eltern zu empfehlen sein, da Kinder häufig an ihrer Position als Außenseiter leiden.

16.7.4 Therapien bei tief greifenden Entwicklungsstörungen

Tief greifende Entwicklungsstörungen sind nicht heilbar – aber Eltern und Kinder können therapeutisch unterstützt, Symptome gelindert werden. Dabei müssen die therapeutischen Verfahren individuell an die spezifische Störung, ihre Ausprägung, das Kind selbst, seine Eltern und Lebensumstände angepasst werden. Es geht darum, ein bisschen Normalität herzustellen sowie Irritationen und Ängste abzubauen.

Das Kind soll dabei nach seinen Möglichkeiten sensibel gefördert und gefordert werden.

Therapeutisch arbeitet man mit der praxisbezogenen geführten Interaktionstherapie, die Beziehungen verbessern und das Leben im Alltag vereinfachen soll. Hilfreich sind ansonsten Musiktherapie, Körperwahrnehmungsmaßnahmen und sensorische Methoden, um nach Außen zu öffnen, das innere und äußere Gleichgewicht zu verbessern, die Motorik und sensuelle Wahrnehmung zu schulen sowie „Ordnung“ im Kopf herzustellen.

Positiv wirken können auch Krankengymnastik, heilpädagogische Ansätze (zum Beispiel mit Tieren) und Sprachtherapie oder auch Verhaltenstherapie, bei der es um die Auseinandersetzung mit der Umwelt und die Informationsverarbeitung geht.

Psychopharmaka werden je nach Störungsbild häufig ergänzend eingesetzt. So zum Beispiel atypische Neuroleptika zur Beruhigung aggressiven oder stereotypen Verhaltens. Für Letztere haben sich auch SSRIs als günstig erwiesen, die gleichzeitig bei Ängsten helfen. Psychostimulanzien können Betroffenen mit Asperger-Syndrom helfen.

Kapitel 17:

Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (ICD-10: F9)

17.1 Einleitung

In diesem Kapitel sammeln sich Störungen, die sich in erster Linie darin gleichen, dass sie alle in der Kindheit beginnen. Wir sprechen hier von unterschiedlichsten Störungen, die sich durch Problematiken im Verhalten und/oder den Emotionen äußern sowie häufig starke soziale Folgen nach sich ziehen. Einige sind einige dabei klar definiert, andere wiederum spiegeln unterschiedlichst Symptomkomplexe.

Unterschieden werden sie in:

- Hyperkinetische Störungen (ICD-10: F90)
- Störungen des Sozialverhaltens (ICD-10: F91)
- Kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen (ICD-10: F92)
- Emotionale Störungen des Kindesalters (ICD-10: F93)
- Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (ICD-10: F94)
- Tic-Störungen (ICD-10: F95)
- Sonstige Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (ICD-10: F98)

17.2 Hyperkinetische Störungen (ICD-10: F90)

Hyperkinetische Störungen kennen viele als ADHS – das Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Syndrom. Es beginnt meist bereits in den ersten fünf Lebensjahren und betrifft hauptsächlich Jungen (bis zu achtmal häufiger als Mädchen).[38]

Betroffene Kinder leiden unter mangelnder Aufmerksamkeit, eingeschränkter Impulskontrolle und ausgeprägter motorischer Unruhe. Tätigkeiten werden häufig angefangen und nicht zu Ende gebracht, die Kinder sind desorganisiert und in der Aktivität überschießend und unachtsam, jedoch ist ihre Intelligenz mindestens im Normbereich. Sie neigen dazu zu lärmen, zu zappeln oder können nicht sitzen bleiben. Gelegentlich kommt es wegen der mangelnden Impulskontrolle und der geringen Frustrationstoleranz auch zu ungeduldigen, aggressiven Ausbrüchen. Regeln werden häufig (unabsichtlich) gebrochen, Gefahren werden nicht richtig eingeschätzt, sodass es häufig zu Unfällen und Verletzungen kommt. Oft reagieren sie auf andere distanzlos.

Dieses Verhalten tritt dabei situationsübergreifend auf, also sowohl in der Schule als auch in der Familie oder im Freundeskreis. (Zur Diagnose müssen mindestens zwei dieser Bereiche betroffen sein.)

In der Folge kommt es häufig zu Schulschwierigkeiten, Isolation, einem niedrigen Selbstwertgefühl und dissozialem Verhalten.

Die genaue Ursache dieser Störung ist nicht geklärt, bzw. man geht von einer multikausalen Ätiologie aus. Mit hinein spielen genetische, neurobiologische, intoxikationsbegründete (Vergiftung durch Alkohol, Nikotin etc. während der Schwangerschaft) oder ernährungsmedizinische Erklärungsansätze. Zur Diagnose müssen auf jeden Fall Störungen wie Seh- und Hörstörungen, Intelligenzminderungen, Störungen des Sozialverhaltens, epileptische sowie hirnorganische Psychosyndrome ausgeschlossen werden.

In der Jugend gehen die Symptome meist zurück, bei einigen Menschen können sie jedoch bis ins Erwachsenenalter fortbestehen.
Unterformen sind die

- F90.0 – einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung, bei der keine Störung des Sozialverhaltens vorliegt
- F90.1 – hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens, bei der auch eine Störung des Sozialverhaltens vorliegt
- F90.0 – Sonstige hyperkinetische Störungen
- F90.9 – Nicht näher bezeichnete hyperkinetische Störung

---

38 Die Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität wird der Kategorie F98.8 (sonstige andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn der Kindheit und Jugend) zugeordnet.

Exkurs: ADHS des Erwachsenenalters

Tatsächlich kann ADHS bis in das Erwachsenenalter persistieren. Zwar steckt in dieser Störung weiterhin viel Leidenspotenzial, jedoch entfallen meist ausgeprägten psychischen und sozialen Konsequenzen. Besonders bei Frauen ist diese Störung häufig eher unauffällig, auch wenn im Gegensatz zu ADHS im Kindesalter das Geschlechterverhältnis ungefähr gleich ist.

Hauptsächlich zeigt sich diese Störung in fehlender Aufmerksamkeit, die sich durch Desorganisiertheit und Konzentrationsstörungen äußert. Gelegentlich erscheinen Betroffene als würden sie „neben sich stehen“ und nicht zuhören. Sie neigen zu Vergesslichkeit und Zerstreutheit. Häufig sind sie sprunghaft, längere Tätigkeiten werden nicht konsequent durchgehalten. Sie sind impulsiv, oft emotional instabil, was später auch zu Unzufriedenheit und innerer Leere führen kann. Sie fühlen sich wie „ständig auf dem Sprung“ und können schwer entspannen.

Kompensiert wird diese Anspannung meist durch sportliche Aktivitäten oder riskante Unternehmungen. Meist wählen Betroffene Kreativberufe oder Tätigkeiten im Außendienst, bei denen sie ihre Impulsivität positiv nutzen können.

17.3 Störungen des Sozialverhaltens (ICD-10: F91)

Kinder und Jugendliche mit Störungen des Sozialverhaltens zeichnen sich durch ein seit **mindestens sechs Monaten** bestehendes dauerhaftes immer wiederkehrendes Muster von aggressivem, dissozialem und aufsässigem Verhalten aus, das weit über „kindischen Unfug“ oder „jugendliche Aufmüpfigkeit“ hinausgeht. Ca. 2 bis 10 Prozent der Kinder und Jugendlichen sind betroffen – die meisten davon Jungen.

Ähnlich wie bei dem ADHS geht man von genetischen und neurologischen Ursachen aus – beeinflusst zusätzlich durch biologische, soziologische und psychosoziale Faktoren. Liegen andere psychische Störungen zugrunde, muss diese zur Diagnostik herangezogen werden. Entsprechend wichtig ist es, hier eine genaue Diagnostik inklusive Fremdanamnese durchzuführen.

Symptome sind zum Beispiel Aggressivität und Zurückweisung der Bezugsperson, häufiges Streiten, Tyrannisieren, Wutausbrüche, bewusstes Lügen, ein gehässiger Umgang mit dem sozialen Umfeld, Rachsucht, Zerstörung von fremdem Eigentum, Diebstahl, Schulschwänzen, Weglaufen von zu Hause, Ungehorsam im Schulalltag, körperliche Grausamkeit gegenüber Menschen und Tieren, brechen von Vereinbarungen.

Häufig geht diese Störung später in eine dissoziale Persönlichkeitsstörung über.

Unterformen sind:

- F91.0 – auf den familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens
- F91.1 – Störung des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen
- F91.2 – Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen
- F91.3 – Störungen des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigen Verhalten
- F91.8 – Sonstige Störungen des Sozialverhaltens
- F91.9 – nicht näher bezeichnete Störungen des Sozialverhaltens

17.3.1 Auf den familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens (ICD-10: F91.0)

Beschränkt sich das aggressive oder dissoziale Verhalten nur auf das häusliche Umfeld, also die Kernfamilie bzw. die nähere Lebensgemeinschaft, spricht man von dieser Störung. Hier reicht keine gestörte Eltern-Kind-Beziehung, sondern es geht um schwerwiegende aggressive Konflikte. Dies äußert sich häufig auf das Zerstören von Spielzeug oder

Kleidungsstücken, Beschädigen von Möbeln, Gewalt gegenüber Familienangehörigen oder gar Feuerlegen im heimischen Bereich. Das Verhalten im äußeren Umfeld ist dabei im Allgemeinen normal.

17.3.2 Störung des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen (ICD-10: F91.1)

Diese Unterform zeigt sich bei einer fehlenden Bindung zu einer stützenden Peer-Group, sprich einer Gruppe von Gleichaltrigen, zu der sich der Betroffene zugehörig fühlen kann. Betroffene Kinder und Jugendliche fühlen sich zurückgewiesen und isoliert, was zu tyrannisierendem Verhalten, Grobheit, Ungehorsam und fehlender Kooperationsbereitschaft führt. Betroffene neigen zu Wutausbrüchen und Unkontrolliertheit. Fremdes Eigentum wird zerstört, andere Menschen und Tiere werden gequält.

17.3.3 Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen (ICD-10: F91.2)

Kinder die von dieser Störung betroffen sind, sind gut in ihre Peer-Group eingebunden, die meist auch aus anderen aggressiven und dissozialen Kindern und Jugendlichen besteht. Betroffene mit dieser Störung tyrannisieren andere und haben ein schlechtes Verhältnis gegenüber Autoritäten.

17.3.4 Störungen des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigen Verhalten (ICD-10: F91.3)

Diese Störung findet man zumeist bei Kindern, die unter zehn Jahren alt sind. Sie sind ungehorsam, aufsässig und trotzig, neigen jedoch **nicht** zu aggressiven oder ausgeprägten dissozialen Handlungen. Sie widersetzen sich Anforderungen und durch Erwachsene ausgesprochene Regeln, ärgern andere gerne, haben aber selbst eine geringe Frustrationstoleranz. So nehmen sie Dinge schnell übel und werden leicht zornig. Für ihre Fehler machen sie andere verantwortlich. Oft bezieht sich dieses Verhalten auf Personen, die sie kennen, sodass sie im klinischen Umfeld unauffällig sein können.

17.4 Emotionale Störungen des Kindesalters (ICD-10: F93)

Natürlich können auch Kinder, wie auch Erwachsene, an Ängsten, Depressionen etc. erkranken. Da sie sich jedoch noch in ihrer psychischen Entwicklung befinden, gelten sie nicht als eigenständige Phänomene, sondern als Verstärkung normaler Entwicklungstrends, die sich häufig „auswachsen". Zugleich findet man bei Störungen im Erwachsenenalter keine Beziehung zu möglichen psychopathologischen Vorläufern in der Kindheit, zudem sie anderen Mechanismen folgen. Die Einteilung in spezifische Einheiten ist bei emotionalen Störungen des Kindesalters zudem manchmal schwierig. Dabei gelten sie als die am meisten vorkommenden Erkrankungen bei Kindern. Besonders depressive Syndrome und Ängste sind außerordentlich häufig.

Untergruppen sind:

- F93.0 – Emotionale Störungen mit Trennungsangst des Kindesalters
- F93.1 – Phobische Störungen des Kindesalters
- F93.2 – Störungen mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters
- F93.3 – Emotionale Störungen bei Geschwisterrivalität
- F93.8 – Sonstige emotionale Störungen des Kindesalters

17.4.1 Emotionale Störungen mit Trennungsangst des Kindesalters (ICD-10: F93.0)

Spricht man von Ängsten bei Kindern, so handelt es sich sehr häufig um phobische Ängste und Trennungsängste.

Die Diagnose der „emotionalen Störungen mit Trennungsangst" wird gestellt, wenn die Angst vor Trennung von Bezugspersonen über den achten Lebensmonat (bis dahin ist eine Trennungsangst vollkommen normal) hinausgeht und außerordentlich schwerwiegend ist. Das zeichnet sich durch tiefste Verzweiflung über eine abnorme Dauer aus.

Die Besorgnis über mögliches Unheil, das dem geliebten Menschen oder auch dem Kind selbst zustoßen kann, sodass es nicht von der Bezugsperson nicht wiedergefunden wird, ist dabei absolut unrealistisch.

Die sozialen Funktionen sind deutlich eingeschränkt, so werden zum Beispiel die Schule nicht mehr besucht, das Haus nicht mehr verlassen oder auch das Bett nicht aufgesucht, wenn die Bezugsperson nicht in der Nähe ist.

Das Kind leidet unter Albträumen und somatischen Symptomen wie Bauchschmerzen, Übelkeit oder Kopfschmerzen. Findet eine kurzzeitige Trennung statt, so verspürt es schwerstes Unglücklichsein mit Angst, Wutausbrüchen, Schreien oder Apathie.

17.4.2 Phobische Störungen des Kindesalters (ICD-10: F93.1)

Kinder können Ängste vor unterschiedlichen Objekten oder Situationen entwickeln, wie Hunden oder Spinnen. Das ist im Allgemeinen nicht ungewöhnlich, wird aber pathologisch, wenn die Ausprägung besonders stark ist und die Handlungsfreiheit eingeschränkt wird. Die Agoraphobie wird übrigens auch hier dem Kapitel F4 zugeordnet, da sie nicht zu einem „normalen“ Entwicklungsschritt gehört.

17.4.3 Störungen mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters (ICD-10: F93.2)

Kinder mit sozialer Ängstlichkeit zeichnen sich durch ein starkes Misstrauen Fremden gegenüber aus oder auch Angst in fremden und scheinbar sozial bedrohlichen Situationen. Die Kinder klammern sich dabei quasi an ihre Bezugsperson und trauen sich nicht, Kontakt zu Erwachsenen oder Gleichaltrigen aufzunehmen. Diagnostiziert wird diese Störung, wenn sie vor dem sechsten Lebensjahr beginnt, außerordentlich stark ist und zu schweren sozialen Problemen führt.

17.4.4 Emotionale Störungen bei Geschwisterrivalität (ICD-10: F93.3)

Wird ein Geschwisterkind geboren, kommt es bei den meisten Kindern in einem gewissen Rahmen zu Eifersucht. Das ist völlig normal. Ufert diese Eifersucht zu Rivalität mit äußerst negativen Gefühlen bis hin zuBöswilligkeiten und Verletzungen aus und ist die soziale Interaktion schwerwiegend eingeschränkt, spricht man von einer emotionalen Störung. Häufig kommt es auch zu einer Regression, wie dem wieder „in die Hose machen“ oder auch der Entwicklung von Babysprache. Manchmal möchten die Kinder auch wieder gefüttert werden. Kommt es nicht zur Aufmerksamkeit durch die Eltern, entwickeln die Kinder Wut, konfrontierendes Verhalten, Angst oder sozialen Rückzug sowie Schlafstörungen.

17.5 Kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen (ICD-10: F92)

Nicht selten kommt es vor, dass Störungen des Sozialverhaltens in Form von dissozialen, aggressiven und aufsässigen Verhalten mit Angst, Depressionen oder auch anderen emotionalen Störungen einhergehen.

17.4.1 Störungen des Sozialverhaltens mit depressiver Störung (ICD-10: F92.0)

Kommt zu einer Störung des Sozialverhaltens eine deutliche und andauernde depressive Stimmung hinzu, so kommt diese Diagnose zum Tragen.

Kinder leiden, klagen häufig über Kopf- oder Bauchschmerzen ohne körperliche Ursache, sind niedergeschlagen und verlieren jegliches Interesse an der Schule und alltäglichen Aktivitäten. Außerdem erscheinen sie völlig hoffnungslos, sind traurig, leiden unter Appetitlosigkeit und Schlafstörungen. Häufig kommen noch diffuse Ängste und ein geringes Selbstwertgefühl hinzu.

Diese Störung ist mit ca. 2 % bei Kindern und bis zu 5 % bei Jugendlichen recht häufig. Dabei besteht die Gefahr, da sie häufig „maskiert“ unter „Bauchschmerzen“ oder „Übelkeit“ ist, dass diese Störung übersehen wird. Die Betroffenen fallen zudem oft nicht auf, da sie sich sozial zurückziehen, nicht stören und still sind.

17.4.2 Sonstige kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen (ICD-10: F92.8)

Zu dieser Kategorie rechnet man als Ergänzung zu den Störungen des Sozialverhaltens Störungen wie Zwangsgedanken, Zwangshandlungen, Angst, Depersonalisation oder -realisation oder Phobien.

Schizophrenie und Psychosen sind bei Kindern eher selten, können aber durchaus vorkommen. Von der Einteilung her werden sie dem Kapitel F2 des ICD-10 zugeordnet. Problematisch bei ihnen ist, dass sie häufig nur schwer zu erkennen sind. Halluzinationen und paranoide Phänomene kommen seltener vor, häufig jedoch Körperhalluzinationen. Typisch sind die sogenannten Prodromalsymptome mit nachlassender Konzentration und Aufmerksamkeit, Störungen im Antrieb, Ängsten, Misstrauen, Schlafstörungen und sozialem Rückzug.

Schizophrenien im Jugendalter werden als Frühformen von jenen im Erwachsenenalter angesehen – stimmen von den Symptomen auch zumeist überein. Besonders häufig erlebt man eine schleichende hebephrene Schizophrenie (F20.1), von Zeit zu Zeit akute Schübe mit gelegentlichen katatonen (F20.2) oder auch paranoiden Zuständen (F20.0).

17.6 Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (ICD-10: F94)

In diesem Kapitel finden sich Entwicklungsstörungen, die weniger die soziale Konstitution betreffen, sondern Funktionen, die die soziale Kommunikation beeinträchtigen. Ursachen vermutet man in einem negativ wirkenden Umfeld oder Entzug von emotionaler Zuwendung und Sicherheit.

Unterteilt wird in:

- F94.0 – Elektiver Mutismus
- F94.1 – Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters
- F94.3 – Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung
- F94.8 – Sonstige Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit
- F94.9 – Nicht näher bezeichnete Störung sozialer Funktionen mit Beginn der Kindheit

17.6.1 Elektiver Mutismus (ICD-10: F94.0)

Spricht ein Kind oder Jugendlicher seit **mindestens vier Wochen** in ganz bestimmten Situationen oder im Rahmen einer bestimmten sozialen Gruppe (zum Beispiel in der Schule) nicht, obwohl ein Sprechvermögen sowie die Kompetenz zum sprachlichen Ausdruck bestehen und der Betroffene in anderen Situationen und sozialen Gruppen völlig normal spricht, spricht man von einem elektiven Mutismus.

Meist besteht eine Verbindung mit sozialer Angst, Empfindsamkeit oder auch Widerstand. Betroffene leben häufig (aber nicht zwingend) in auffälligen Familienstrukturen, die durch Disharmonie, gegenseitiger Feindseligkeit und Ablehnung geprägt sind. Im geschützten familiären Umfeld zeichnen sich diese Kinder und Jugendliche dahingegen teilweise sogar durch oppositionelles Verhalten und starken Willen aus. Jungen und Mädchen sind übrigens gleichermaßen betroffen.

17.6.2 Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters (ICD-10: F94.1)

Die reaktive Bindungsstörung beginnt innerhalb der ersten fünf Lebensjahre. Die betroffenen Kinder zeigen Auffälligkeiten in ihren sozialen Beziehungen, Anpassungsschwierigkeiten und Probleme in ihrem emotionalen Empfinden und Verhalten, dies besonders, wenn in ihrem sozialen Umfeld ein Wechsel stattfindet. Sie sind häufig unglücklich, übervorsichtig und ängstlich, wodurch vor allem Kontakte mit Gleichaltrigen oft vermieden werden,

obwohl Interesse an ihnen besteht. Aggressionen gegenüber anderen Personen und sich selbst sind nicht unüblich. Das Verhalten gegenüber dem Zuspruch durch Betreuungspersonen ist oft ambivalent und kann sich durch Vermeidung, Annäherung oder auch Widerspruch äußern. Häufig wird der Blickkontakt vermieden. Die Fähigkeit zur soziale Gegenseitigkeit ist jedoch komplett vorhanden.

Im Rahmen dieser Störung wird häufig eine Wachstumsverzögerungen beobachtet, die dann in der Diagnose unter dem ICD-10-Schlüssel R62 (Verzögerung der zu erwartenden normalen physiologischen Entwicklung) erfasst wird.

Ursachen können (müssen aber nicht) häusliche Gewalt, Vernachlässigung oder Missbrauch sein, sodass ein Betreuungswechsel schon zu einer deutlichen Verbesserung bis Ausheilung der Symptomatik führen kann.

17.6.3 Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung (ICD-10: F94.2)

Auch diese Symptomatik tritt, wie die reaktive Bindungsstörung, innerhalb der ersten fünf Lebensjahre auf, bessert sich jedoch nicht durch ein Wechsel des sozialen Umfeldes. Bereits im Alter von zwei Jahren zeigt sich diese Bindungsstörung durch Anklammerungstendenzen – egal bei welchem Gegenüber. Wird das Kind etwa vier Jahre, wandelt sich dieses Verhalten in aufmerksamkeitssuchendes Verhalten, das sich durch absolute Wahllosigkeit auszeichnet. Betroffene Kinder sind dabei außerordentlich freundlich. Später verringert sich dieses das Verhalten, jedoch bleicht das Suchen nach Aufmerksamkeit bestehen. Beziehungen zu Gleichaltrigen sind meist oberflächlich. Gleichzeitig können auch weiter emotionale oder auch Verhaltensstörungen auftreten.

Betroffen sind häufig Kinder, die als Kleinkinder in Institutionen wie Heimen oder wechselnden Pflegefamilien aufgewachsen sind, sodass man vermutet, dass die Ursache in häufig wechselnden Bezugspersonen liegt.

17.7 Tic-Störungen (ICD-10: F95)

Tic-Störungen sind für die Betroffenen außerordentlich belastend. Sie äußern sich durch unwillkürliche, sich wiederholende, plötzlich einsetzende und nicht-rhythmische Reaktionen in Muskelgruppen oder auch in der Produktion von Lauten, die keinerlei Sinn haben. Sie blinzeln, grimassieren, schlagen sich oder zucken mit den Schultern oder räuspern sich, zischen oder das stoßen obszöner Begriffe aus (Koprolalie).

Von Betroffenem zu Betroffenen können Inhalte und Schweregrad variieren. Bei Kindern im Grundschulalter kommen sie mit bis zu 12 % recht häufig vor, vergehen aber mit der Zeit. Bei bis zu 4 % bleiben sie schließlich chronisch. Bis zu 3 % bilden in Folge das sogenannte Tourette-Syndrom. Jungen sind hiervon wieder häufiger betroffen als Mädchen.

Nicht selten treten zusätzliche Störungen wie Zwangssymptome, spezifische Entwicklungs- oder hypochondrische Störungen sowie depressive Störungen und Angst auf.

Von der Ätiologie her vermutet man neurobiologische, genetische (bei den chronischen Tic-Störungen und dem Tourette-Syndrom) und psychologische Ursachen (bei den vorübergehenden Tic-Störungen).

So unterscheidet man:

- F95.0 – vorübergehende Tic-Störung
- F95.1 – chronische motorische oder vokale Tic-Störung
- F95.2 - kombinierte vokale und multiple motorische Tics (Tourette-Syndrom)
  F95.8 – sonstige Tic-Störungen
- F95.9 – nicht näher bezeichnete Tic-Störungen

17.7.1 Vorübergehende Tic-Störung (ICD-10: F95.0)

Vorübergehende Tic-Störungen treten meist bei Kindern im Alter zwischen vier und fünf Jahren auf und dauern nicht länger als zwölf Monate an. Gelegentlich kann es zu Rückfällen kommen. Meist handelt es sich hierbei um solche Tics wie Grimassieren, Kopfschütteln oder Blinzeln.

17.7.2 Chronische motorische oder vokale Tic-Störung (ICD-10: F95.1)

Bei dieser Diagnose stehen existieren seit **mindestens zwölf Monaten** vokale oder motorische Tics (diese jedoch nicht gleichzeitig).

17.7.3 kombinierte vokale und multiple motorische Tics (Tourette-Syndrom) (ICD-10: F95.2)

Bei dieser schwersten Form der Tic-Störung leiden Betroffene **seit mindestens zwölf Monaten** und seit ihrer Kindheit und Jugend häufig chronisch unter multiplen motorischen und zusätzlich unter einem oder mehren vocalen Tic(s). Dabei müssen diese jedoch nicht zwingend gleichzeitig auftreten.

In der Adoleszenz verschlechtern sich die Symptome meist und persistieren sich ins Erwachsenenalter.

Bei den vokalen Tics entladen sich explosiv und wiederholend zum Beispiel Grunzen, Räuspern oder auch obszöne Phrasen oder Wörter, häufig auf begleitet mit entsprechenden Gesten (Kopropraxie).

17.8 Sonstige Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (ICD-10: F98)

Dieser Störungsgruppe gleich ist der Beginn in der Kindheit, allerdings unterscheiden sie sich deutlich in Thema, Detail und Umfang.

Wir finden hier:

- F98.0 – nichtorganische Euresis
- F98.1 – nichtorganische Enkopresis
- F98.2 – Fütterstörung im frühen Kindesalter
- F98.3 – Pica im Kindesalter
- F98.4 – stereotype Bewegungsstörungen
- F98.5 – Stottern
- F98.6 – Poltern
- F98.8 – Sonstige andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
- F98.0 – Nicht näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit und Jugend

17.8.1 nichtorganische Euresis (ICD-10: F98.0)

Liegt ab dem Alter von fünf Jahren immer noch mehrmals wöchentlich ein unwillkürlicher Harnabgang ohne organische Ursache vor, spricht man von einer nichtorganischen Euresis. Sie betrifft ca. 11 % der Fünfjährigen und ca. 3 % der Achtjährigen und kommt somit recht häufig vor, zeigt aber häufig auch einen spontanen Rückgang.

Dabei unterscheidet man:

- die primäre Enuresis, bei der die Inkontinenz seit Geburt andauert
- die sekundäre Enuresis, bei der nach einem bereits bestandenen „Trocken"-Sein wieder eingenässt wird.

Außerdem unterscheiden sich noch ein Auftreten in der Nacht und eines am Tage.

Betroffen sind zu einem größeren Teil Jungen. Zudem geht man stark von genetischen Ursachen aus, da man bei bis zu 70 % der Fälle eine familiäre Vorbelastung findet. Ansonsten spielen zusätzlich psychosoziale Fakten eine starke Rolle.

Von Zeit zu Zeit wird sie von ausgeprägten emotionalen und Verhaltensstörungen begleitet, die sich durch empfundene Peinlichkeit und Stigmatisierung noch verstärken können oder sogar neu auftreten.

17.8.2 nichtorganische Enkopresis (ICD-10: F98.1)

Die nichtorganische Enkopresis erinnert an die Euresis. Hier geht es um die fehlende Kontrolle über den Abgang von (normalem oder fast normalem) Stuhlgang mehrmals im Monat an Orten, an denen dies im soziokulturellen Umfeld nicht vorgehen ist. Manchmal äußert sie sich auch durch das Zurückhalten von Stuhlgang (mit der Gefahr einer Verstopfung). Betroffen sind bis zu ca. 3 % der Sieben- bis Achtjährigen. Jungen sind häufiger betroffen als Mädchen.

Auch hier unterscheidet man:

- die primäre Enkopresis, bei der die Inkontinenz seit Geburt andauert und die sich auch bei entsprechendem Toilettentraining nicht verbessert
- die sekundäre Enkopresis, bei der nach einer bereits bestandenen Kontrolle über den Stuhlgang, diese wieder verloren wird oder er zurückgehalten wird.

Ursachen können ein unzureichendes Toilettentraining, eine Ablehnung, ein Unvermögen oder ein Widerstand sein, wenn es um die Kontrolle über den Stuhlgang im Rahmen der sozialen Normen oder auch um das Thema Zurückhaltung im Allgemeinen durch einen Konflikt mit den Eltern beim Toilettentraining geht. Vermutet werden können auch eine genetische Komponente und belastende Lebensereignisse.

Häufig wird die Enkopresis von spezifischen emotionalen Störungen, Störungen des Sozialverhaltens und/oder ADHS begleitet.

Gelegentlich geht die Enkopresis so weit, dass Kinder ihren Kot über Ihren Körper oder in der Umgebung verschmieren.

17.8.3 Fütterstörung im frühen Kindesalter (ICD-10: F98.2)

Eine Fütterstörung kann sich unterschiedlich äußern. Meist zeigt sie sich bei Kleinkindern oder Kinder im frühen Kindesalter eine Nahrungsverweigerung oder auch ein ausgeprägtes wählerisches Verhalten bis hin zum wieder Herauswürgen der Nahrung. Immer unter der Voraussetzung, dass keine organische Ursache vorliegt. Kleinere Mäkeligkeiten sind normal, nimmt es aber quantitativ und/oder qualitativ ein Ausmaß an, das nicht mehr als normal angesehen werden kann, nimmt das betroffene Kind nicht zu oder verliert es sogar länger als einen Monat Gewicht, so kann dieses Verhalten als krankhaft angesehen werden.

17.8.4 Pica im Kindesalter (ICD-10: F98.3)

Pica im Kindesalter äußert sich durch das Essen von Substanzen, die nicht für den Verzehr gedacht sind, wie Sand, Erde, Kleber, Papierschnipsel, Haarspitzen etc. und kann so auch schnell lebensbedrohlich werden. Tritt dies nicht im Rahmen einer Autismus-Erkrankung auf, wird diese als Pica diagnostiziert.

Meist stammen die betroffenen Kinder aus einer durch Streit, Missbrauch, Alkoholismus oder Kriminalität belasteten Familien und/oder leiden unter einer Intelligenzminderung (dann ist als Hauptdiagnose diese zu verwenden).

17.8.5 stereotype Bewegungsstörungen (ICD-10: F98.4)

Bewegt sich ein Kind ohne neurologische oder sonstige psychiatrische Krankheiten seit **mindestens vier Wochen** willkürlich, stereotyp ohne jegliche Funktion, und handelt es sich dabei nicht um eine Tic-Störung, spricht man von einer stereotypen Bewegungsstörung. Die betroffenen Kinder schaukeln mit dem Körper oder Kopf, zupfen oder drehen ihre Haare oder schnippen mit den Fingern. Manchmal geht das bis hin zu selbstschädigendem Verhalten wie Kopfanschlagen oder in den Augen bohren. Ursache kann ein vorangegangenes belastendes Erlebnis sein.

Meist leiden betroffene Kinder gleichzeitig unter einer Intelligenzminderung (dann ist als Hauptdiagnose diese zu verwenden).

17.8.6 Stottern (ICD-10: F98.5)

Stottern äußert sich durch das häufige Wiederholen von Lauten und Silben, manchmal auch ganzen Wörtern, während des Sprechvorgangs. Die Aussprache ist dadurch verzögert, häufig wird innegehalten. Diagnostiziert werden soll das Stottern, wenn es über eine übliche Arrhythmie, die in jedem Alter vorkommen kann, hinausgeht und die Sprechflüssigkeit über die Maßen beeinträchtigt ist.

17.8.7 Poltern (ICD-10: F98.6)

Poltern zeigt sich durch eine überhöhte Sprechgeschwindigkeit, bei der zugleich die Sprechflüssigkeit im Rhythmus (schnell und ruckartig) gestört ist. Meist ist auch die Satzstruktur falsch, sodass Betroffene häufig von ihrer Umwelt nicht verstanden werden.

17.8.8 Sonstige andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (ICD-10: F98.8)

In dieses Kapitel werden die

- Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität
- das Daumenlutschen
- die exzessive Masturbation
- das Nägelkauen und
- das exzessive Nasebohren

eingeordnet.

17.9 Mögliche Therapieformen

17.9.1 Therapie bei hyperkinetischen Störungen

Kinder mit ADHS werden meist mit einer mehrdimensionalen Therapie unter Einbeziehung der Bezugspersonen behandelt. Form und Inhalt richten sich individuell basierend auf einer gründlichen Diagnostik nach Alter, Ausprägung der Störung und dem Umfeld.

Die Therapie besteht zum Beispiel aus:

- Aufklärung von Kind, Eltern, Lehrern und initiieren einer Zusammenarbeit
- Familientherapie oder Elterntraining
- kognitive Therapie (Bearbeitung des unorganisierten und impulsiven Verhaltens, Problemtraining)
- heilpädagogische Behandlungen
- diabetische Maßnahmen (zum Beispiel keine Phosphate, keine Konservierungsmittel)
- Psychopharmaka (Psychostimulanzien wie Methylphenidat, falls notwendig Antidepressiva, Neuroleptika, Sedativa)

17.9.1 Therapie bei Störungen des Sozialverhaltens

Bei der Therapie von Störungen des Sozialverhaltens geht es darum, die Kernsymptomatik einzudämmen und ernsthaften Folgen vorzubeugen. Das geschieht über

- familienzentrierte Verfahren
- Verhaltenstherapie
- lebensumfeldnahe Maßnahmen wie Jugendgruppen und
- in schweren Fällen Psychopharmaka (zum Beispiel Carbamazepin oder Lithium)

17.9.2 Therapie bei emotionalen Störungen Kindesalters

Bei **Angststörungen** des Kindesalters kommt meist eine Verhaltenstherapie wie die graduierte Reizkonfrontation zum Zuge, dies stark in Einbeziehung der Eltern.

Bei **depressiven Störungen** finden verhaltenstherapeutische und psychodynamische Methoden – zum Beispiel über

eine Spieltherapie – Anwendung. Sind die Symptome ausgeprägt, sollte zusätzlich eine Psychokarmakatherapie nachgedacht werden.

Bei **Psychosen** und **Schizophrenien** werden atypischen Neuroleptika eine besondere Bedeutung zugemessen. Sie wirken gut gegen sie Minussymptomatik und verringern die Gefahr von Spätdyskinesen. Da die Prognose bei dieser Störung äußerst ungünstig ist, kann nach einem Schub eine Rehabilitationsphasen in speziellen Heimeinrichtungen anzuraten sein kann.

17.9.3 Therapie bei Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Die Therapie dieser Störungsgruppe richtet sich nach der Hauptursache. Häufig arbeitet man mit einer analytischen Spieltherapie, aber auch mit einer Familientherapie. Eine Verhaltenstherapie und beim elektiven Mutismus Sprachtherapie kommen schließlich zum Tragen, wenn die Ursachen geklärt und zum Teil bearbeitet sind. Wichtig ist immer eine wertschätzende Haltung dem Kind oder Jugendlichen gegenüber.

Psychopharmakologisch arbeitet man häufig mit Antidepressiva, um etwaige Ängste zu reduzieren.

17.9.4 Therapie bei Tic-Störungen

Tic-Störungen werden häufig verhaltenstherapeutisch behandelt. Hier unterstützen helfend Wahrnehmungstrainings, Entspannungsverfahren und Trainings der motorisch inkompatiblen Reaktion.

In der Psychopharmakatherapie werden häufig Neuroleptika wie Risperidon, Tiaprid, Pimozid oder Haloperidol eingesetzt.

Bei einem schweren Tourette-Syndrom haben sich häufig sogenannte Hirnschrittmacher bewährt, die durch elektrische Impulse überaktive Nervenzellen blockieren.

17.9.5 Therapie bei sonstigen Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Bei der **Enuresis** greifen – wenn organische Ursachen ausgeschlossen werden können – verhaltenstherapeutische Maßnahmen, die hier meist mit Belohnungs- und Verstärkerplänen arbeiten. Nützlich bei der nächtlichen Enuresis ist der Einsatz von Weckgeräten, die ein Signal abgeben, wenn die Kinder einnässen. Bei einer ausgeprägten Schlaftiefe können psychopharmakatherapeutisch trizyklische Antidepressiva eingesetzt werden.

Bei der **Enkopresis** werden psychotherapeutische Maßnahmen ergänzt durch abführende Medikamente bei einer bestehenden Verstopfung eingesetzt.

Für die **Fütterstörung** gibt es spezielle Fütter-/Esstherapien, bei denen die Eltern für das Thema fit gemacht werden.

Bei **Pica** und **stereotypen Bewegungsstörungen** ist zunächst eine Absicherung vor Gefährdungen wichtig. Parallel greifen verhaltenstherapeutische Maßnahmen mit Straffungen des Tagesablaufs (zur Vermeidung von Langeweile), ggf. auch eine tiefenpsychologische Therapie. Bei starker Gefährdung muss über eine stationäre Unterbringung nachgedacht werden.

Gegen das **Stottern** und **Poltern** gibt es spezielle Sprachtherapien unter anderem im Rahmen der Logopädie, bei denen entsprechende Maßnahmen erlernt werden, um sich auch „im richtigen Leben“ verständlich artikulieren zu können.

Die **sonstigen Verhaltens- und emotionalen Störungen** werden im Allgemeinen mit verhaltenstherapeutischen Maßnahmen bearbeitet.

Kapitel 18:

Psychosomatik

Die Psychosomatik beschäftigt sich mit den Einflussfaktoren von psychischen Problematiken und Belastungen auf Vorgänge körperlicher Art unter Einbeziehung von Anlage und sozialem Umfeld. Sie geht davon aus, dass unsere Psyche unsere Zellen, Hormonausschüttungen und Organe maßgeblich beeinflusst.

Was heißt das? Von psychosomatischen Erkrankungen Betroffene leiden unter körperlichen Symptomen ohne ausreichende somatische Erklärbarkeit. Ihnen „schlägt etwas auf den Magen“, „geht etwas unter die Haut“, „sitzt etwas im Nacken“. Sie haben „einen Kloß im Hals“, bekommen wegen etwas „graue Haare“.

18.1 Krankheitsbilder

Besonders sieben spezielle Erkrankungen, bei denen man psychische Ursachen als ausschlaggebend sieht (die so genannte „**Holy Seven**“), stehen dabei im Blickfeld

1. Asthma bronchiale
2. Colitis ulcerosa (chronisch entzündliche Darmerkrankung)
3. essentielle Hypertonie
4. chronische Polyarthritis (entzündliche Erkrankung der Gelenke)
5. Neurodermitis
6. Ulcus duodeni (Zwölffingerdarmgeschwür)
7. Hyperthyreose (Schilddrüsenüberfunktion)

Des weiteren vermutet man bei Morbus Crohn (einer weiteren Form der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen), der Fibromylagie (Faser-Muskel-Schmerz) und der koronaren Herzerkrankung (Typ A) einen Zusammenhang mit psychischen Problematiken. Ansonsten gelten das so genannte „Globusgefühl“ (bei dem man das Gefühl hat, einen Kloß im Hals zu haben), ein geschwächtes Immunsystem in Stresszeiten, oft auch Rückenprobleme häufig als psychosomatische Erkrankungen.

Symptome werden dabei meist in unterschiedlichen Regionen des Körpers (polymorpholytop) geschildert, die auch immer wieder wechseln können (Syndromshift).

Betroffene geraten häufig in eine somato-psychische Wechselwirkung, einem Teufelskreis aus Körperwahrnehmung, subjektiven Krankheitstattributen, Symptomen und Angst. Sie fühlen sich häufig allein gelassen, möchten nicht als „verrückt“ angesehen, sondern in ihrem Krankheitsbild ernstgenommen werden. So haben sie häufig bereits einen erschöpfenden Ärztemarathon hinter sich, meist nur um immer wieder aufs Neue zu erfahren, dass keine körperlichen Ursachen für ihre Beschwerden vorliegen. Deuten Ärzte ihnen gegenüber eine mögliche psychische Ursache an, so sperren sich die Betroffenen gegen diesen Gedanken.

18.2 Theorien

Theorien zur Psychosomatik gibt es schon seit der Antike, konkret aus der Taufe gehoben wurde der Begriff im 18./19. Jahrhundert durch den Psychiater Johann Christian August Heinroth, damals jedoch mit einem stark religiös-moralischem Ansatz, der infolge von verschiedenen Psychiatern überarbeitet und unterschiedlich fortgeführt wurde.

- Sigmund Freud erklärte psychosomatische Erkrankungen mit dem **Konversionsmodell**, dass Symptome als individuellen Ausdruck von psychischen Problematiken mit Symbolcharakter beschreibt.
- Ähnlich geht die **Spezifitätsthese** von Franz Alexander von einem spezifischen Zusammenhang zwischen psychischen Konflikten und physiologischen Vorgängen aus.
- Max Schur entwickelte 1955 die Theorie der **De- und Resomatisierung**. Laut ihm „wächst" sich normalerweise die im Menschen angelegte Somatisierung im Kleinkindalter aus. Befindet sich der Betroffene jedoch in einer Belastungssituation, kann er in frühkindliche Verhaltensmuster zurückfallen und „wählt" bestimmt Organe aus, die sich während seines Lebens als besonders vulnerabel erwiesen haben. Körperliche Symptome dienen hier der Konfliktbewältigung.
- Engel und Schmale sprechen in Ihrer Theorie von einem Objektverlust (zum Beispiel einer wichtigen Bezugsperson) und dem Gefühl von Hoffnungslosigkeit und Hilflosigkeit (**Giving up und Given up**) als Ursache von körperlichen Erkrankungen unter der Voraussetzung, dass bereits eine gewisse Vulnerabilität für somatische Beschwerden besteht. In Folge findet eine Bedeutungszuschreibung statt und werden entsprechende Organe durch somatische Abwehrreaktionen angegriffen.
- Pierre Marty und seine Kollegen stellten die Theorie der **Alexithymie** als Charakterstruktur von für psychosomatische Erkrankungen anfällig Menschen auf. Sie stellten bei ihren Psychosomatik-Patienten ein „emotionales Analphabetentum", bzw. eine psychosomatische Struktur fest. Sie waren, so Marty et altera nicht in der Lage, Gefühle auszudrücken und zeigten Fantasiearmut sowie mechanisches Denken.
- Der Verhaltenstherapeut Martin Seligman brachte mit seiner **Lerntheorie** die Möglichkeit der Konditionierung von körperlichen Vorgängen auf. Er sah psychosomatische Phänomene als fehlgeleitete Konditionierungs- und Lernvorgänge, die in einen Teufelskreis münden.
- Thure von Uexküll prägte den Begriff des **Situationskreises**, in dem er die Beziehung von Individuum und Umwelt zeichnete. Er sprach von einem Zusammenspiel von biologisch-körperlichen, emotionalen, typologischen und biopsychosozialen Elementen, dass zu Krankheitsgeschehen führen könnten.
- Hans Seyle sah in seiner **Stresstheorie** psychosomatische Krankheiten als Folge von Stressreaktionen, die zu einer Störung (Homöostase) des inneren Gleichgewichts führten. Der Sympathikus löse eine Alarmreaktion aus, in deren Folge Widerstand und schließlich Erschöpfung auftreten, die – unter anderem – zu psychosomatischen Erkrankung führen können.

- Aktuell ergänzt das **Allostase-Modell** Seyles Theorie, indem es besagt, dass die homöostatischen Regulationsmechanismen zusätzlich durch Stress geschädigt werden. Zudem gewinnen hier biologische Faktoren (Ausschüttung von Cortisol, pro-inflammatorische Zytokine und das vegetative Nervensystem) an Bedeutung. Außerdem werden psychische Faktoren wie Persönlichkeitsmerkmale und Copingstile betrachtet.

Wichtig ist festzuhalten, dass die Psychosomatik als einen interdisziplinären Ansatz komplementär die rein somatische Medizin unterstützen kann.

Mittlerweile existieren entsprechende Fach- und Forschungsgebiete auf dem medizinischen Sektor inklusive entsprechender Fachärzte, ambulanter und stationärer Einrichtungen.

Kapitel 19:

Psychische Erkrankungen speziell im Alter

Der demografische Wandel bedarf auch eines Umdenkens in der psychotherapeutischen Behandlung. Unsere Gesellschaft wird immer älter, die Menschen leben immer länger – und bleiben häufig auch länger fit.

Gleichzeitig steigt jedoch auch das Risiko physischer und psychischer Erkrankungen.

Das betrifft nicht nur die höhere Wahrscheinlichkeit an einer demenziellen Störung zu erkranken (siehe hierzu auch Kapitel 8.2 bis 8.5), sondern vor allem auch an

- depressiven Störungen
- Angststörungen
- Alkohol- und Medikamentenmissbrauch
- Schlafstörungen und
- posttraumatische Belastungsreaktionen sowie
- psychosomatischen Phänomenen.

Denn Menschen in einem höheren Alter sehen sich zunehmend mit Problematiken auseinandergesetzt, die auch psychisch belasten können.

Das können zum Beispiel sein:

- körperliche Erkrankungen
- Beendigung der beruflichen Tätigkeit und des „gebraucht Werdens“
- Angst vor Pflegebedürftigkeit
- Angst vor dem Sterben/dem Tod
- Verlust des Partners und von Freunden
- Einsamkeit
- eingeschränkte Mobilität
- Verlust der Attraktivität
- Verlust von körperlicher Leistungsfähigkeit
- belastende Pflege von Angehörigen oder des Partners
- schwierige finanzielle Situationen durch geringe Renten
- fehlende Ziele im Leben
- fehlender Sinn
- traumatische Belastungen durch Kriegs- und Nachkriegserlebnisse

Häufig erkrankt – selten therapiert

Die Berliner Altersstudie (BASE)[39] hat ergeben, dass fast 50 % der Menschen über 70 Jahre an zumindest einer psychischen Störung leiden. Gleichzeitig gelten besonders in dieser Alterstgruppe psychische Krankheiten als Stigma und werden häufig verdrängt und durch körperliche Symptome ausgedrückt. Entsprechend selten (man spricht von ca. 2 %) begeben sich Betroffene in psychotherapeutische Behandlung.

Achtung, Wechsel- und Nebenwirkungen!

Ein weiter wichtiger Aspekt ist, dass Seniorinnen und Senioren oft an internistischen Erkrankungen leiden und entsprechend medikamentös behandelt werden müssen. Schon alleine diese verabreichten Medikamente können zu Wechselwirkungen untereinander führen. Fügt man noch eines oder mehrere Psychopharmaka hinzu, kann der Wirkkomplex diffizil werden. Zudem wirkt der ältere Körper anders auf bestimmte Wirkstoffe als jener jüngerer Menschen.

Wichtig ist daher auch immer eine Koordination von psychischer und physischer Therapie (häufig in Geriatrie und psychosomatischen Fachabteilungen). Nur so kann gewährleistet werden, dass Therapien durch ältere Menschen dann auch wirklich angenommen und vertragen werden.

Hauptziel: Lebensqualität

Bei der therapeutischen Behandlung älterer Menschen geht es im geringeren Maße um Heilung oder tiefgreifende psychische Veränderungen. Es geht darum, akute Probleme zu lösen, Ressourcen zu nutzen sowie Bedürfnisse zu erkennen und zu behandeln. Ziel ist es, dass der Patient länger selbstständig und aktiv leben kann sowie seine Lebensqualität gesteigert wird.

Besonderheiten in der Psychotherapie

Ist die psychische Erkrankung erst einmal sauber unter Ausschluss möglicher organischer Ursachen diagnostiziert, unterscheidet sich eine Psychotherapie nicht wesentlich von jener jüngerer Menschen.

Wie schon erwähnt, müssen bei der Gabe von Psychopharmaka mögliche Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten sowie Stoffwechsel-Besonderheiten berücksichtigt werden.

---

39 http://www.base-berlin.mpg.de/de

Bei einer Einzel-Gesprächstherapie sollten aufgrund etwaiger Einschränkungen in der Kognition sowie in der sensuellen Wahrnehmung (besonders dem Sehen und Hören) Sitzungen ggf. etwas kürzer anberaumt und inhaltlich begreifbarer strukturiert werden. Gruppentherapeutische Maßnahmen sollten entsprechend in der Teilnehmerzahl begrenzt werden.

Außerdem sollten etwaige Bedenken der Patienten, möglicherweise als „verrückt“ angesehen zu werden, berücksichtigt werden, sodass eine genaue Aufklärung zur Schweigepflicht und eine gewisse sensible Diskretion noch stärker als bei jüngeren Klienten stattfinden sollte.

Unabdingbar ist häufig zudem die Kombination der Behandlung von psychischen und physischen Problematiken inklusive soziotherapeutischer Ansätze sowie etwaiger notwendiger Hilfen im Alltag oder Pflege. Scheuen Sie sich als Therapeut nicht, Kooperationen in dieser Richtung aufzubauen und zu nutzen.

Und: Psychotherapeutisch Tätige in diesem Bereich müssen zumindest grundlegend über körperliche Erkrankungen und auch spezieller Problematiken im Alter Bescheid wissen.

Kapitel 20:

Kulturelle Besonderheiten

Jeder Mensch ist ein Individuum mit einer eigenen Entwicklung sowie einer eigenen Sozialisation – und auch einem eigenen kulturellen Umfeld. Das gilt für Therapeuten und für Klienten gleichermaßen – umso mehr, wenn Letztere aus einem anderen Kulturkreis stammen.

Hier gibt es einige Dinge zu berücksichtigen:

- Migrantinnen und Migranten haben oftmals ganz andere Themen – und auch Tabus – als Klienten aus dem deutschsprachigen Raum.
- Sie sind durch unterschiedliche Historien von möglicherweise Flucht, Migration oder Anpassung geprägt.
- Nicht abzustreiten sind oft zudem ausgeprägte sprachliche Probleme. Das betrifft nicht unbedingt nur das Verstehen und das Artikulieren – sondern auch die Symbolhaftigkeit und gesellschaftliche Bedeutung von Sprache.
- Die Begriffe von psychischen Erkrankungen und deren Behandlung sind manchmal ganz andere.
- Die Erwartungshaltung von Migranten in der Therapie ist gelegentlich eher passiv, der Therapeut wird als „Heiler" gesehen.
- Hilfe wird oft eher im religiösen Bereich gesucht.
- Klienten mit Migrationshintergrund kennen manchmal unsere Form des Gesundheitswesens nicht.
- Die häufig durch Therapeuten angestrebten Autonomiebestrebungen stehen nicht selten im deutlichen Gegensatz zur Identität im sozialen Gruppengefüge.
- Deutschstämmige Therapeuten werden aus der Befürchtung heraus, nicht verstanden zu werden und aufgrund von Bedenken ethnischer, religiöser oder kultureller Art oft nicht aufgesucht.

All diese Problematiken können dazu führen, dass Migranten erst sehr spät Hilfe bei psychischen Problemen suchen, zudem sich Erkrankungen meist hinter somatoformen Störungen verstecken. So werden psychische Krankheiten sehr spät erkannt und haben sich dann häufig bereits chronifiziert.

Wird dann doch ein Therapeut aufgesucht, kann es sehr schwer sein, ein vertrauensvolles Therapeut-Klienten-Verhältnis aufzubauen. Zum einen besteht aufseiten des Therapeuten nicht immer die entsprechende Kompetenz, Offenheit und auch Geduld, zum anderen existieren aufseiten des Klienten häufig starke Bedenken, nicht angenommen oder verstanden zu werden. Gleichzeitig kann das Phänomen entstehen, dass Klienten ihre Herkunft und das dadurch vermeintlich entstehende Unverständnis der Umgebung als Abwehrmechanismus gegenüber einem deutschstämmigen Therapeuten nutzen (Zum Beispiel durch die Grundeinstellung: „Der sieht mich ja eh nur als Ausländer und wird mich schlecht behandeln.").

Ressourcen und Lösungen von Problemen sind nun mal von Kultur zu Kultur unterschiedlich. So ist es zum Beispiel recht wahrscheinlich, dass ein 16jähriges Mädchen aus einer türkischen Familie in ganz anderen familiären

Zusammenhängen, sozialen Pflichten und Rechten, Grundeinstellungen und Wertewelten lebt, als ein 16jähriges Mädchen mit deutschen – oder afghanischen, russischen, nigerianischen oder auch in der zweiten Generation türkischen – Wurzeln.

Hier sind Therapeuten gefragt, sich, wenn sie Migranten als Klienten haben,

- offen den Problematiken zu stellen
- die eigene kulturelle Prägung, sowie kulturelle Unterschiede zu reflektieren
- offen, geduldig und respektvoll zu sein
- den Klienten so anzunehmen, wie er ist – und ihn das auch fühlen zu lassen
- kulturelle Besonderheiten als Bereicherung zu sehen
- Tabus und Ängste zu berücksichtigen

aber auch

- kulturelle Unterschiede auf der anderen Seite wiederum nicht überzubewerten, sodass sie ihn nicht blockieren.

So besteht die Möglichkeit, dass eine gemeinsame Basis für eine effiziente Therapie geschaffen werden kann, in der keiner der Protagonisten das Gegenüber als „fremd“ empfindet.

Kapitel 21:

Anhang

21.1 Literatur/Quellen

- American Psychiatric Association (Hrsg): **DSM-V**-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. New York (Macmillan US), 2013
- Benkert, Otto Prof. Dr. med: **Psychopharmaka** – Medikamente – Wirkung – Risiken. München, 1997 (3. Auflage).
- Bundesministerium der Justiz: **Patientenverfügung:** Leiden – Krankheit – Sterben – Wie bestimme ich, was medizinisch unternommen werden soll, wenn ich entscheidungsunfähig bin? Berlin, 2013.
- Bundesministerium für Gesundheit/Kommunikationsstab (Referat Öffentlichkeitsarbeit): Informiert und selbstbestimmt – Ratgeber für **Patientenrechte**. Berlin, 2013.
- http://tu-dresden.de/aktuelles/newsarchiv/2011/9/artikel_wittchen/newsarticle_view
- Köhler, Helmut: **Bürgerliches Gesetzbuch BGB**: mit Allgemeinem Gleichbehandlungsgesetz, BeurkundungsG, BGB-Informationspflichten-Verordnung, Einführungsgesetz. München (Beck), 2013 (71.Auflage).
- Koesters, Paul-Heinz: Die Erforscher der Seele: Wie die **Psychoanalyse** die Macht des Unbewussten entdeckte. München (Verlag Goldman,), 2002.
- Lieb, Prof. Dr. med. Klaus; Frauenknecht, Dr. med. Sabine; Brunnhuber, Dr. med. Dr. rer. soc. MA phol. Stefan: **Intensivkurs** Psychiatrie und Psychotherapie. München (Elsevier), 2009 (6. Auflage).
- Lieb, PD. Dr. med. Klaus; Heßlinger, Dr. Bernd: **25 Fälle Psychiatrie** zur Vorbereitung auf mündliche Prüfungen mit praxisnahen Fragen und ausführlichen Kommentaren. München/Jena (URBAN & FISCHER), 2003.
- Lück, Helmut E.; Rudolf Miller (Hrsg.): Illustrierte **Geschichte** der Psychologie. Weinheim und Basel (Beltz), 2005.
- Mumenthaler, Marco; Mattle, Heinrich: Kurzlehrbuch **Neurologie**. Stuttgart/New York (Thieme), 2006.
- Popp, Manfred: **Einführung** in die Grundbegriffe der Allgemeinen Psychologie. München/Basel (Verlag E. Reinhardt,), 1995 (5. Auflage).
- Sachse, Prof. Dr. Rainer: **Persönlichkeitsstörungen** verstehen: Zum Umgang mit schwierigen Klienten. Bonn (Psychiatrie Verlag), 2010.
- Theus, Gregor: **Schattenzeit** – Ein Film von Gregor Theus. Kunsthochschule für Medien Köln, 2011.
- Weigend, Thomas: **Strafgesetzbuch** StGB: mit Einführungsgesetz, Völkerstrafgesetzbuch, Wehrstrafgesetz, Wirtschaftsstrafgesetz, Betäubungsmittelgesetz, ... Rechtsstand: 1. September 2012. München (Beck), 2012.
- Weltgesundheitsorganisation, Dilling, H, Mombour, W., Schmidt, M. H. (Hrsg.): Internationale Klassifikation psychischer Störungen, **ICD-10** Kapitel V (F) – Klinisch-diagnosische Leitlinien. Bern (Verlag Hans Huber), 2008 (6. vollständig überarbeitete Auflage).
- Wittchen, H. U.; Jacobi, F.; Hayer, J.: Die **Epidemiologie psychischer Störungen** in Deutschland. Vortrag im Rahmen des Kongresses: Psychosoziale Versorgung in der Medizin, Hamburg, 28. bis 30. 09.2003.

Patientenratgeber:

- Depression: Wolfersdorf, M.: Depressionen verstehen und bewältigen, 3. Auflage. Hamburg (Springer), 2002
- Bipolare Störung: Helmchen, H., Rafaelsen, O. J.; Bauer, M.: Depression und Manie: Wege zurück in ein normales Leben. Stuttgart (Trias), 2001
- Schizophrenie: Bäuml, J., Kissling, W., Pitschel-Walz, G.: Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis. 2. Auflage, Hamburg (Springer), 2007.
- Angststörungen: Fensterheim, H., Bar, L.: Leben ohne Angst – Unsicherheiten, Ängste, Phobien erkennen, verstehen, beherrschen. München (Orbis), 2001.
- Zwangsstörungen: Hornung, W., Terbrack, U.: Zwänge überwinden. München (Urban & Fischer), 2004.
- Suchterkrankungen: Lendenmeyer, J.: Lieber schlau als blau. Informationen zur Entstehung und Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. 6. Auflage., Weinheim (Beltz PVU), 2001.
- Posttraumatische Belastungsstörungen: Fischer, G.: Neue Wege aus dem Trauma. Erste Hilfe bei schweren seelischen Belastungen. 3. Auflage, Meilen (CH) (Walter), 2004.
- Esstörungen: Gerlinghoff, M, Backmund, H. : Wege aus der Essstörung. Stuttgart (Trias), 2004.

21.2 Glossar